

DE LA NATURE CONTAGIEUSE
DE
CERTAINES FORMES DU DIABÈTE

« Il ne faut pas oublier que, pendant
« longtemps, le principal argument des
« partisans de la contagion tuberculeuse,
« avant la découverte du bacille de Koch,
« a été basé sur des observations sembla-
« bles de tuberculose conjugale ou domes-
« tique. » (Talamon, *Méd. mod.*, 1898,
p. 170.)

UNIVERSITE DE PARIS, FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. DEBOVE.
Doyen honoraire..... M. BROUARDEL.
Professeurs honoraires..... MM. DUPLAY, FARABEUF,
FOURNIER, JACCOUD.

Professeurs.....MM.

Anatomie..... POIRIER.
Physiologie..... Ch. RICHET.
Physique médicale..... GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale..... GAUTIER.
Histoire naturelle médicale..... BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales..... BOUCHARD.
Pathologie médicale..... HUTINEL.
..... BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale..... LANNELONGUE.
Anatomie pathologique..... CORNIL.
Histologie..... MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils..... RECLUS.
Pharmacologie..... POUCHET.
Thérapeutique..... GILBERT.
Hygiène..... CHANTEMESSE.
Médecine légale..... BROUARDEL.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie..... DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale..... N....
..... HAYEM.
Clinique médicale..... \ DIEULAFOY.
..... DEBOVE.
..... LANDOUZY.
Clinique des maladies des enfants..... GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques..... GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies
de l'encéphale..... JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses..... RAYMOND.
..... LE DENTU.
Clinique chirurgicale..... \ TILLAUX.
..... TERRIER.
..... BERGER.
Clinique ophtalmologique..... DE LAPERSONNE.
Clinique des voies urinaires..... GUYON.
Clinique d'accouchements..... \ PINARD.
..... BUDIN.
Clinique gynécologique..... POZZI.
Clinique de chirurgie infantile..... KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRE.	LEGUEU.	RIEFFEL Chef des
AUVRAY.	FAURE.	LEPAGE.	travaux anatomiques
BEZANÇON.	GOSSET.	MARION.	TEISSIER.
BONNAIRE.	GOUGET.	MAUCLAIRE.	THIERY.
BROCA (André)	GUIART.	MERY.	THIROLOIX.
BROCA (Aug.)	HARTMANN.	POTOCKI.	THOINOT.
CHASSEVANT	JEANSELME.	REMY.	VAQUEZ.
CUNÉO.	LANGLOIS.	RENON.	WALLICH.
DEMLIN.	LAUNOIS.	RICHAUD.	WALTHER.
DESGREZ.	LEGRY.		WIDAL.
			WURTZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'école a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N°

THÈSE

Année 1904

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 23 Juillet 1904

Par M. Gaston HUTINET

Né à Paris, le 19 Janvier 1878

DE LA NATURE CONTAGIEUSE

DE

CERTAINES FORMES DU DIABÈTE

Président : M. DEBOVE, Professeur.

Juges : { M. TROISIER, Professeur agrégé.
M. VAQUEZ, Professeur agrégé.
M. RENON, Professeur agrégé.

PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, RUE HAUTEFEUILLE, 19

1904



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DE LA NATURE CONTAGIEUSE DE CERTAINES FORMES DU DIABÈTE

PRÉFACE

Lorsque la question du diabète conjugal et celle de la contagion de cette maladie, qui en est le corollaire nécessaire, vit le jour pour la première fois, elle suscita aussitôt de nombreux adeptes et de non moins nombreux contradicteurs. Elle eut le succès éphémère qu'assurent à toute question la nouveauté et l'originalité; de plus, outre qu'elle était en soi éminemment suggestive, elle apparaissait en pleine époque microbienne: aussi, l'on comprend la légitime émotion qu'elle produisit alors dans le monde scientifique.

Puis le temps a fait son œuvre, cette question est

peu à peu rentrée dans l'ombre et, de nos jours, nombreux sont les « jeunes » qui l'ignorent, ou ne la connaissent autrement que par les quelques phrases toujours brèves d'un traité de pathologie. Et cependant, si les enthousiasmes du début se sont un peu calmés, les convictions n'en sont pas moins restées inébranlables et la question, sans bruit, a continué de progresser : aux observations se sont ajoutées les observations, chaque jour plus nombreuses à mesure qu'on les recherchait davantage et les faits cliniques se sont multipliés.

Poussé d'une part par les contradictions relevées parmi les médecins de Vichy que nous étions allé spécialement interroger à ce sujet, contradictions qui nous démontrèrent la nécessité d'éclairer la question, et, d'autre part, par les quelques exemples inédits et probants que nous possédions, nous avons voulu, dans ce travail, réunir tout ce qui a été dit ou écrit sur cette question si controversée, en y apportant notre modeste appoint, et constituer ainsi en quelque sorte le « dossier du diabète contagieux ». Nous nous sommes efforcé de démontrer que la contagion du diabète est loin d'être irrationnelle, comme certains le prétendent ; nous n'en voulons pour preuves que l'ancienne diathèse scrofuleuse, devenue aujourd'hui la contagieuse tuberculose, et nous savons bien que

le parasite de la gale, découvert en 1557, n'est parvenu à détrôner les « théories humorales » de cette maladie qu'en 1834; la présence de l'acare, signalée maintes fois, était alors, comme aujourd'hui pour les diabètes conjugaux, traitée de « coïncidence fortuite ». Notre but a été de faire admettre que, après connaissance impartiale des faits cliniques et expérimentaux, la logique même impose la conception de ce type morbide, avec les caractères assez spéciaux qui lui sont propres et qu'en somme il y a là plus et mieux qu'une coïncidence.

Pour patronner ce modeste travail, le choix ne nous fut pas difficile. Le Maître éminent, le professeur DEBOVE, qui, en 1890, le premier en France n'avait pas craint d'énoncer cette théorie hardie, que de nombreux travaux devaient confirmer dans la suite, nous avait paru tout indiqué pour être inscrit en tête de ce travail; qu'il nous soit permis de lui adresser ici tous nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous a fait.

Nous tenons encore à exprimer notre gratitude à l'égard de nos anciens Maîtres dans les hôpitaux, les Docteurs LANDRIEUX et BEURNIER, le professeur agrégé TUFFIER, ainsi qu'aux médecins de Vichy qui, malgré leurs nombreuses occupations à cette époque de l'année, ont bien voulu nous éclairer de leurs conseils

et s'astreindre à compiler leurs observations en notre faveur; enfin, nous n'aurons garde d'oublier ici le professeur TEISSIER (de Lyon), le D^r MARTINET (de Paris), à qui nous devons de précieux renseignements, et le D^r MAIRE-AMÉRO, qui nous a suggéré l'idée de ce travail.

G. H.

CHAPITRE PREMIER

Introduction. — Evolution des conceptions du syndrome diabète.

Nous nous proposons d'étudier une forme encore discutée du diabète. Avant d'entreprendre cette étude, il est logique de se poser cette question : qu'est-ce que le diabète? Actuellement nous sommes en droit de répondre, avec le professeur DEBOVE : « le diabète n'est pas une maladie, *c'est un syndrome*; on n'est pas plus diabétique qu'on n'est albuminurique (1); » en effet, le diabète, en tant qu'entité morbide bien définie et nettement limitée, a vécu et l'évolution que les incessantes observations ont produite dans la compréhension de cette affection tend à le démembrer de plus en plus, à le faire sortir du cadre étroit et rigide dans lequel nos prédécesseurs l'avaient enserré. Cette opinion, admise par tous de nos jours, était déjà formulée en 1894 par le professeur agrégé LANCEREAUX en termes catégoriques : « L'observation clinique, con-

(1) DEBOVE, in *Clinique de l'Hopital Beaujon*, mai 1904.

forme en cela à l'expérimentation, conduit ainsi à reconnaître que le diabète n'est pas une maladie univoque, que, sous cette dénomination, ont été décrits des états pathologiques multiples, nettement distincts, tant sous les rapports de la phénoménalité et de la lésion anatomique que sous celui de l'évolution et de l'étiologie (1). » Et un peu, plus loin il ajoute : le diabète « est plutôt un syndrome qu'une maladie réelle ». Ailleurs, c'est le professeur agrégé MARIE, disant à ses élèves dans une clinique de l'Hôtel-Dieu : « En terminant cette leçon, permettez-moi de vous rappeler une fois de plus ce que je vous ai dit si souvent au lit des malades : le diabète sucré n'est pas, à proprement parler, une maladie ; c'est un syndrome qui, suivant son origine, peut non seulement au point de vue de la pathologie générale, mais aussi au point de vue de la clinique, présenter des différences essentielles (2). »

Nous nous en tiendrons à ces trois citations de MM. DEBOVE, LANCEREAUX et MARIE, les opinions qu'elles expriment n'étant mises actuellement en doute par personne.

Mais si les symptômes cliniques et l'évolution de cette affection si fréquente sont actuellement bien connus, il est encore quelques points qui renferment

(1) LANCEREAUX, *Sem. méd.* 1894, p. 478.

(2) P. MARIE. *Sem. méd.*, 16 déc. 1895, p. 529.

plus d'un problème à élucider; nous voulons parler de l'étiologie et surtout de la pathogénie de cette affection.

Sans vouloir relater ici toutes les études faites sur ce sujet encore si obscur, et d'ailleurs bien décrites dans les traités spéciaux, qu'il nous soit permis cependant de synthétiser rapidement, en quelques paragraphes, les différentes phases par lesquelles est passée cette conception de la pathogénie du diabète, pour arriver aux idées actuelles dont les théories infectieuses et contagieuses semblent être les manifestations les plus récentes. Et ces étapes scientifiques, vers la conception définitive, inébranlable, non encore atteinte, hélas! du diabète, nous pouvons, avec le professeur agrégé LANCEREAUX, les schématiser brièvement, dans les paragraphes suivants :

1^o Tout d'abord une *phase empirique*, d'un intérêt scientifique médiocre et qui, ici comme ailleurs, précède les recherches que suggérera cet empirisme. Elle est caractérisée par la dénomination de diabète à toute affection présentant de l'augmentation de la soif et une exagération de la sécrétion urinaire. Ce n'est que plus tard, en 1674, que Thomas WILLIS reconnut la saveur mielleuse de l'urine de certains diabétiques et fut conduit à admettre deux variétés de cette affection : le *diabetes mellitus* et le *diabetes insipidus*. Cette division est restée classique depuis lors.

Mais à partir de 1773, la présence du sucre dans l'urine des diabétiques est constatée chimiquement par POOL et DOBSON, puis par COWLEY et dans la suite par P. FRANCK.

On chercha peu après à expliquer le mécanisme de la glycosurie par un trouble de la digestion. En 1827, TUDMANN et GMELIN, ayant trouvé du sucre dans l'intestin d'animaux nourris d'aliments féculents, établirent que le sucre n'était pas, comme on l'avait cru jusqu'alors, une substance étrangère à l'organisme, mais était un produit normal de la digestion des matières amylacées et que, par conséquent, le passage du sucre dans l'urine devait être l'effet d'un désordre de cette fonction. Puis, les travaux de DUMAS, BOUSSINGAULT, LIEBIG, etc., firent reconnaître que les substances féculentes seules se transformaient en glycose sous l'influence d'une sorte de diastase et que, d'autre part, le sucre pouvait subir la fermentation lactique, ou se détruire sous l'influence des alcalis. La formation du sucre dans l'intestin une fois reconnue comme phénomène normal, son passage dans les urines fut seulement considéré comme un phénomène morbide et alors prirent naissance deux doctrines : celle de BOUCHARDAT, admettant la non destruction du sucre dans l'intestin, et celle de MIALHE, la plaçant dans le sang. Le règne végétal était, à cette époque, supposé seul capable de créer les principes immédiatement sucrés dont l'animal se nourrissait.

2° A cette phase empirique, succède une *première phase expérimentale*, que l'on pourrait appeler *bulbo-hépatique*, et sur laquelle CL. BERNARD jette l'éclat de son grand nom. En 1848, cet éminent physiologiste prouvait que l'organisme animal était capable, non seulement de produire du sucre dans la digestion des substances féculentes, mais encore qu'un organe, le foie, pouvait en former en dehors de cette condition. L'illustre savant donna le nom de « *glycogénèse animale* » à cette production du sucre, qu'il avait montrée être un phénomène normal de la nutrition. La démonstration de l'existence dans les cellules hépatiques

de la « substance glycogène », élaborée non seulement aux dépens des matières amylacées et sucrées, mais encore des aliments gras et azotés, sa transformation en glucose sous l'influence d'un ferment sont bientôt établies. Cette formation du sucre dans le foie est subordonnée à l'intégrité de l'organe, car si le foie s'altère, la glycosurie cesse ou ne peut exister. L'exagération de la fonction glycogénique détermine « l'hyperglycémie » ; le sucre en excès est éliminé par le rein, d'où la glycosurie.

Nous ferons remarquer à ce propos que l'hyperglycémie ne précède pas nécessairement la glycosurie et le professeur DEBOVE a découvert récemment des *diabètes aglycémiques*. Ces faits, relatés dans une clinique de l'hôpital Beaujon, sont prouvés par des observations qui se multiplieront rapidement lorsqu'on aura soin d'examiner systématiquement le sang des diabétiques, c'est du moins l'avis du professeur DEBOVE qui, parlant de ces cas, dit que « des recherches ultérieures en montreront probablement beaucoup d'autres (1). »

CL. BERNARD reconnaissait en même temps le rôle du système nerveux et provoquait la glycosurie par la piqûre du 4^e ventricule, entre les origines des nerfs acoustiques et des pneumogastriques, établissant le trajet de cette excitation dans la moëlle épinière, les nerfs splanchniques, le plexus solaire et le foie. Faisons remarquer à ce propos, que la piqûre bulbaire, envisagée par CL. BERNARD comme une excitation, a été regardée, depuis lors, comme un phénomène inhibitoire.

Le diabète n'est plus ainsi l'effet d'un désordre rénal, ni d'un trouble digestif, mais simplement une exagération de la fonction glycogénique. CL. BERNARD faisait toutefois

(1) DEBOVE, *le Diabète aglycémique*, in *Presse méd.*, 12 déc. 1903.

remarquer avec raison que la glycémie qui entraîne la glycosurie n'est pas la maladie, mais que, pour devenir diabétique, il faut se bien porter puisque la glycémie diminue et la glycosurie est impossible dans les maladies inflammatoires où la nutrition est directement atteinte. Il aurait pu ajouter que, chez un diabétique avancé, le danger est d'autant plus grand que la glycosurie est moindre. Il reconnaissait du reste parfaitement ce qui lui manquait pour arriver à une conception définitive du diabète et se rendait compte de la nécessité de quelques données sur l'anatomopathologie de cette affection: « Pour pénétrer dans l'étude de ces mécanismes complexes, il faudrait tout d'abord posséder quelques données sur l'anatomie pathologique du diabète; malheureusement les données nous manquent et même il ne paraît pas que les autopsies de diabète permanent et mortel soient près de nous fournir de sitôt des éléments utilisables pour la physiologie pathologique, à part toutefois les cas de lésions nerveuses, plus ou moins comparables à celles que nous produisons artificiellement chez les animaux par la piqûre du 4^e ventricule. » Il présentait ainsi la voie qu'il fallait suivre, car jusqu'alors le diabète était une affection sans lésion déterminée.

3^e Enfin on arrive à une troisième phase, *phase clinique*, qui a pour objet de démontrer que toutes les affections décrites sous le nom de diabète n'étaient pas identiques, de classer ces affections et d'établir une relation entre la destruction du pancréas et certains diabètes graves; elle est bientôt suivie d'une nouvelle phase.

4^e Quatrième phase, *phase expérimentale*, *phase pancréatique*, guidée par la clinique dont elle est venue confirmer les résultats et agrandir le champ, s'efforçant d'approfondir la pathogénie de chacune des formes du diabète. La coïncidence du diabète avec certaines lésions du pan-

créas est loin d'être un fait d'observation récente et plusieurs auteurs, BRIGHT, entre autres, en 1833, en avait publié quelques cas isolés. Puis, en 1846, BOUCHARDAT et SANDRAS étudient l'action du suc pancréatique sur les matières amylacées et insistent sur les lésions pancréatiques du diabète sucré : « L'altération du pancréas doit jouer un rôle considérable dans la production de la glycosurie. Je conjure les praticiens qui verront des malades atteints de diabète de ne point perdre de vue le pancréas qui joue le rôle principal dans la digestion des féculents(1). » Plus tard, en 1875, dans le traité de la Glycosurie, il revient longuement sur ce sujet.

Mais en réalité le diabète pancréatique date seulement du jour où LANCEREAUX, en 1877, en donna la description ; c'est incontestablement à lui qu'appartient tout l'honneur d'avoir isolé cette entité morbide dont l'importance en nosographie et en pathologie générale devient chaque jour de plus en plus évidente.

Il démontra que « la destruction du pancréas est la condition nécessaire du diabète maigre, avec toutes ses conséquences graves ».

Cette question fut bien mise au point par ses élèves, notamment par LAPIERRE(2) qui, en 1888, reprit et fixa définitivement cette variété. THIROLOIX(3), plus récemment, a consacré au même sujet, mais à un point de vue différent, une thèse également remarquable.

Les travaux faits depuis sur ce sujet sont innombrables.

Puis fut complètement isolé le *diabète nerveux*, ou diabète de CL. BERNARD, et enfin on sépara nettement le troi-

(1) BOUCHARDAT, De la glycosurie ou diabète sucré, Paris, 1875, p. 174.

(2) LAPIERRE, Thèse de Paris 1888.

(3) THIROLOIX, Thèse Paris, 1892.

sième type, de beaucoup le plus fréquent : le *diabète gouteux* ou « *arthritique* », encore nommé *diabète gras* ou *constitutionnel*.

De cette évolution il résulta que le diabète, affection unique dans les débuts, fut alors démembré en :

trois types distincts $\left\{ \begin{array}{l} \text{arthritique,} \\ \text{pancréatique,} \\ \text{nerveux.} \end{array} \right.$

Mais cette classification ne devait pas être définitive, puisque, en 1882, HANOT et CHAUFFARD isolent une nouvelle forme, aujourd'hui entité morbide autonome : le « *diabète bronzé* ».

Puis on décrivit le *diabète phlorydzique* et les *diabètes toxiques* en général. Enfin, plus récemment, CHARRIN, CARNOT, KAUFMANN et autres démontrèrent la nature infectieuse de certains diabètes ; puis, sous l'impulsion du professeur DEBOVE en France et de SCHMITZ en Allemagne, naquit l'idée de la contagion de cette maladie, contagion encore discutée actuellement et qui fait l'objet de ce travail.

De telle sorte que, en laissant les derniers points de côté pour les étudier plus complètement dans les chapitres suivants, on se trouve maintenant en présence de deux grandes classes de diabète sucré :

1^o Diabète sous la dépendance de lésions anatomiques connues et

localisées au { système nerveux (D. nerveux),
pancréas (D. pancréatique),
foie (D. bronzé).

2° L'ancien diabète classique, *sine materia*, diabète gras, constitutionnel, désigné le plus souvent sous le nom de *diabète arthritique*.

Ce dernier seul nous intéresse. Nous en laisserons de côté les symptômes et l'évolution, décrits dans les traités spéciaux et qui ne peuvent entrer dans le cadre de notre sujet. Mais, en revanche, son étiologie nous intéresse au plus haut point.

CHAPITRE II

Différentes théories étiologiques du diabète arthritique en général et des diabètes conjugaux ou domestiques en particulier.

La plupart des auteurs invoquent l'hérédité comme cause efficiente, les émotions vives, les fatigues physiques et intellectuelles, l'alimentation défectueuse comme causes occasionnelles. On ne trouve, pour cette variété de diabète, aucune lésion spécifique et l'anatomie pathologique que CL. BERNARD présentait déjà comme indispensable à la découverte des causes du diabète n'éclairant pas l'étiologie, celle-ci reste mal connue. Les théories sont nombreuses et cette abondance même indique, comme toujours en pareil cas, qu'aucune d'elles n'est réellement satisfaisante. « De ces théories nous sommes très riches et très prodigues assurément, mais aucune ne nous satisfait, ni ne nous donne la clef du problème (1). » Parmi elles, nous ne retiendrons que les deux qui ont eu le plus de faveur, en nous con-

(1) TALAMON, Le Diabète domestique (*Méd.mod.*, 1898, p. 170).

tendant de les citer et de faire remarquer qu'elles sont diamétralement opposées.

— Les uns, avec BOUCHARD, en font une maladie par ralentissement de la nutrition.

— Les autres, au contraire, avec ROBIN, LECORCHÉ, etc., incriminent une accélération de la nutrition.

Nous n'entrerons pas dans la critique de ces théories (1), qui nous entraînerait trop loin; nous ferons remarquer seulement que le professeur BOUCHARD dit lui-même de sa conception que « c'est une hypothèse..., une interprétation que l'on pourra contester (2) » et que Rendu apprécie ainsi la nutrition retardante : « C'est là une expression de convention qui masque mal notre ignorance et qui constate notre impuissance à expliquer les anomalies de la nutrition intersticielle (3).

Ces théories prématurées nous permettent de constater que peut-être on a trop oublié ce qu'écrivait CL. BERNARD en 1848 : « Je n'ai pas la prétention de croire que nous soyons encore arrivés à l'explication

(1) Bornons-nous à citer ici ce phénomène très intéressant, mis en lumière à ce propos par NEUCKI et SIEBER, à savoir : que l'organisme du diabétique, qui est devenu incapable d'oxyder du glucose, n'en continue pas moins à exercer sur la benzine l'action oxydante de l'organisme normal, c'est-à-dire à accomplir une réaction d'oxydation, qui, *in vitro*, nous apparaît comme bien plus difficile que celle du glucose (LAMBLING, in *Traité de path. gén.* de BOUCHARD, 1900, t. III, p. 173). Voir d'ailleurs, pour la réfutation de ces théories : GUYOT, l'Arthritisme, 1904, ch. I.

(2) BOUCHARD, Mal. par ralentiss. de la nutrition, p. 362.

(3) Dict. de Dechambre, p. 202.

complète de la maladie diabétique ; bien au contraire, nous avons vu que nous la connaissions moins que nous ne pensions. Qu'on se fasse l'opinion qu'on voudra de cette maladie, qu'on l'appelle une dystrophie constitutionnelle ou autrement, ce sont des mots vides, derrière lesquels nous ne parvenons pas à cacher l'ignorance où nous sommes de sa cause réelle. » Ces lignes, on pourrait les croire écrites de nos jours, tant ce qui était vrai en 1848 l'est encore en 1904 !

Ce n'est pas par des théories plus ou moins ingénieuses, mais toujours attaquables, qu'on édifiera la conception définitive du diabète, mais bien par l'expérimentation et l'observation, le laboratoire et la clinique, qui, dans l'état actuel de la science, doivent marcher de pair et, au lieu de rester isolés, se rendre les mutuels services qui permettront seuls de mener à bien les travaux entrepris. Or, d'observations cliniques minutieuses et de travaux expérimentaux, il semble résulter que la contagion pourrait bien être le mode de production le plus habituel du diabète, ou tout au moins de certains diabètes. Les cas de « diabètes conjugaux ou domestiques » constituent les faits cliniques qui viennent motiver cette conception ; ils sont expliqués par ceux qui ne l'admettent pas, à l'aide de trois théories qui peuvent s'énoncer de la façon suivante :

1^{re} Théorie de la communauté d'alimentation (suralimentation, hygiène alimentaire défectueuse) ;

2° Théorie de l'identité du genre de vie (vie sédentaire, vie physique et morale commune);

3° Théorie de la communauté de diathèse (diathèse arthritique ou neuro-arthritique commune).

Les non-contagionnistes prétendent trouver, dans la plupart des diabètes dits conjugaux, un ou plusieurs de ces facteurs étiologiques; ceux qui, assez fréquents, ne peuvent être expliqués de cette façon sont traités par eux de *coïncidences*, c'est très simple, en vérité.

A ces trois théories nous croyons, avec beaucoup de nos Maîtres, pouvoir en ajouter une quatrième :

4° Théorie infectieuse, comportant comme corollaire la contagiosité du diabète.

Nous allons, dans le chapitre suivant, définir le diabète conjugal, discuter la valeur de chacune des théories énoncées ci-dessus et démontrer sans peine, croyons-nous, que la quatrième théorie n'est pas la moins plausible.

CHAPITRE III

Définition. — Discussion des théories étiologiques.

Il semble que l'on puisse définir le diabète conjugal : « *une glycosurie évoluant simultanément chez les deux conjoints* (1). » Cette définition est critiquable, car la simultanéité n'est pas nécessaire et souvent le deuxième conjoint est atteint plusieurs années après la mort du premier.

Un premier point qu'il nous semble indispensable d'établir, c'est son *extrême fréquence* : en effet, dans la communication du professeur DEBOVE (2), on en trouve 5 observations sur 50 diabétiques, soit 10 0/0. « Voilà donc 5 cas de diabète conjugal que j'ai relevés sur une cinquantaine de diabétiques soumis à mon observation. Il est probable que la proportion aurait été plus grande si j'avais toujours eu soin d'examiner l'urine des deux conjoints, » nous

(1) R. LEDIEU, La Contagion du diabète (Thèse de Paris, 1898, n° 582).

(2) DEBOVE, *Bullet. de la Soc. méd. des Hôp.*, 1889, p. 375.

dit le professeur DEBOVE; et plus loin il ajoute : « les faits sur lesquels notre attention n'a pas été attirée paraissent exceptionnels; ils deviennent fréquents dès qu'on les recherche. » Ces paroles du professeur DEBOVE pourraient être généralisées, car exceptionnels sont les praticiens qui s'astreignent à la recherche systématique du sucre chez le conjoint du diabétique auquel ils donnent leurs soins. Il serait à souhaiter que tout médecin traitant un diabétique marié ait présent à l'esprit cet aphorisme du Dr MARTINET : « Si tu constates de la glycosurie chez un de tes clients, recherche-la chez son conjoint (1). » Si donc on tient compte du peu de recherches faites en ce sens, on est étonné de voir, malgré cela, la fréquence relativement grande des glycosuries entre conjoints signalées par les auteurs. Dans notre rapide enquête faite à Vichy, nous avons pu nous convaincre que le diabète conjugal est, dans ce lieu de rendez-vous des diabétiques, un fait d'observation banal, et les quelques médecins qui n'admettent pas la contagion du diabète nous ont, cependant, donné des chiffres inédits imposants. Ceux des auteurs, que nous reproduisons plus loin, quoique bien moins élevés qu'actuellement, l'étaient déjà suffisamment pour faire écrire à MARIE les lignes suivantes : « On ne saurait se dissimuler que c'est là

(1) MARTINET (A.), Le Diabète familial (*Presse méd cale*, 10 févr. 1904, n° 12).

un chiffre qui donne à réfléchir; il est bien supérieur à celui d'autres affections conjugales dans lesquelles la contagion joue un rôle indéniable, je veux parler du tabes conjugal ou de la paralysie générale conjugale, fonctions de la syphilis que se sont transmise les conjoints (1). »

Il est une objection qui nous a été faite souvent à Vichy : c'est la fréquence des ménages lithiasiques et surtout goutteux. Le Dr PRISTIXNE alla même plus loin : il prétendit avoir vu plus de « gouttes conjugales » que de diabètes conjugaux, et le Dr GLÉNARD nous dit que, pour admettre la contagion du diabète, il faudrait admettre aussi celle de la goutte et en général des autres manifestations arthritiques.

Outre que cette objection de la fréquence égale d'une maladie à évolution parallèle et supposée de nature voisine n'infirmes en rien notre manière de voir, nous sommes en droit de dire que le fait n'est pas nouveau et que ce ne serait là qu'une confirmation des idées émises autrefois. En effet, SYDENHAM, maître observateur, croyait à la contagion de la goutte, et BOERHAAVE (2) dit avoir observé des jeunes femmes vivant avec leur mari goutteux, devenir goutteuses. VAN SWIETEN, VAN HELMONT, WARNER, HOFFMANN, qui cependant ne se contentaient pas de théories sans fon-

(1) MARIE (P.), Clinique de l'Hôtel-Dieu sur le diabète conjugal (*Sem. méd.*, 16 décembre 1895, pp. 529 et suiv.)

(2) BOERHAAVE, *Praxis medica (pars quinta)*, p. 195).

dements, croyaient aussi à la contagion de la goutte. De nos jours, cette croyance existe encore, nous n'en voulons pour preuve que le livre récent du Dr GUYOT qui, lui, va plus loin et étend la contagiosité à toutes les manifestations de l'arthritisme. Quoique les publications, de sources compétentes, sur ce sujet, soient assez nombreuses, nous citerons seulement l'ouvrage du Dr GUYOT intitulé : « l'Arthritis, maladie générale microbienne et transmissible (1). » En raison de son caractère probant, nous croyons devoir nous y arrêter quelques instants ; l'auteur y prend soin d'appuyer ses propositions sur des faits précis, observations cliniques, constatations d'autopsies, examens bactériologiques, expériences de laboratoire, etc., dont la plupart ne lui sont pas personnels, il est vrai, mais qui, par cela même, n'en ont que plus de valeur à l'appui de sa thèse. Ce travail est trop important pour que nous puissions l'analyser complètement ici ; nous nous bornerons à citer quelques-unes des réflexions qu'il a suggérées au Dr LERMOYEZ (2) dans l'analyse impartiale qu'il a faite de ce livre qui « n'est, somme toute, révolutionnaire que d'apparence ». — « En lisant cet ouvrage, on en vient à se demander si la science n'a pas fait un pas en arrière, lorsque, depuis BAILLOU et ses successeurs, on s'est appliqué à différencier complètement la goutte

(1) GUYOT (Th.). Paris, 1904.

(2) LERMOYEZ (M.). *Presse médicale*, décembre 1903.

du rhumatisme, et les différentes maladies arthritiques entre elles, lorsque, d'autre part, sous l'influence des progrès considérables de la chimie biologique, on a accordé à des modifications humorales, présence de l'acide urique en excès dans la goutte, présence du sucre dans le diabète, une signification qui peut-être n'en était pas la conséquence obligée. C'est sur cette dernière interprétation pourtant que repose toute une série de déductions considérées comme classiques actuellement, *au moins dans notre pays*; on sait en effet que *l'arthritisme, en tant que diathèse, n'est pas accepté par les médecins étrangers*.

Th. GUYOT pense, avec *beaucoup de Maîtres de la médecine française*, que la série des maladies dites arthritiques est un groupement justifié par l'observation des individus et des diverses générations de certaines familles; mais à la simple transmissibilité héréditaire, seule admise jusqu'à présent, il croit pouvoir ajouter la notion d'une transmission de sujet à sujet, de la *contagion*, disons le mot.

Et ceci l'amène à traiter de la *nature infectieuse* des diverses affections arthritiques, conséquence ou plutôt *cause à peu près inséparable de l'idée de contagion*.

Dans une série de déductions, il fait voir de quelle façon s'expliquent à ce point de vue, non seulement les localisations articulaires du rhumatisme et de la goutte avec ce qu'on est convenu d'appeler leurs

complications cardio-vasculaires, dont la nature infectieuse est déjà reconnue par beaucoup, mais encore *la production du diabète*, de l'acide urique dans la goutte, des névroses ou des affections organiques du système nerveux, et enfin des diverses affections classées généralement sous la dénomination de maladies arthritiques.

Th. GUYOT se défend, en effet, avec insistance, d'édifier une théorie nouvelle et croit pouvoir conclure par le seul examen critique des faits d'ordres divers invoqués par lui, que l'« arthritisme » est une véritable maladie infectieuse, ayant, comme ses congénères, ses voies d'invasion et ses processus particuliers d'installation dans l'organisme, processus d'ailleurs semblables, à des nuances près, à ceux des autres maladies infectieuses, qu'elles réalisent le diabète, les arthropathies, ou les affections du système nerveux, etc.

« Il en résulterait cette conséquence qui serait l'unité de la pathologie ou plutôt des processus pathogéniques, *les diathèses vagues anciennes* cédant la place à des maladies régulièrement constituées, *l'arthritisme remplaçant la diathèse arthritique*, comme *la tuberculose a remplacé la diathèse scrofuleuse*, par exemple. »

Ce premier point, la fréquence du diabète conjugal, est donc bien établi et nous avons vu que celle des autres manifestations arthritiques entre conjoints, loin d'amoindrir l'idée de contagion du

diabète, tend au contraire à la fortifier par des exemples similaires.

Pour expliquer cette communion du mari et de la femme dans le diabète, on a proposé diverses interprétations que nous allons passer en revue, afin de démontrer qu'elles sont insuffisantes à expliquer ce nouveau type morbide.

La majorité des auteurs qui n'admettent pas la contagion prétendent qu'il n'y a là qu'une *coïncidence*; mais la fréquence si grande de ces formes de diabète interdit d'accepter cette opinion. Que de constatations qualifiées autrefois coïncidences par ceux qui n'osaient ou ne voulaient pas voir sont devenues des faits probants dans la suite! MARIE ne peut pas non plus admettre cette explication : « On se trouve tout d'abord tenté d'invoquer une coïncidence fortuite; et certes, si, dans un ménage, l'homme et la femme venaient à se casser la jambe, il ne viendrait à l'esprit de personne de parler de « fracture conjugale », *mais pour le diabète, il n'en va pas ainsi : les faits sont là, très nets, et force est bien de s'incliner devant eux* (1). »

Un deuxième point invoqué est l'*identité de diathèse* chez les conjoints. Nous ne reviendrons pas sur la valeur du mot diathèse et du groupement artificiel, commode certes, mais d'une rigueur scien-

(1) MARIE (P.), *Sem. méd.*, Paris, 1895, p. 529.

tilique contestable, qu'il représente; nous sommes suffisamment instruit par le sort des diathèses d'antan, pour être sceptique sur un argument qui tire toute sa valeur de théories que repoussent actuellement la plupart des médecins étrangers. Le mot diathèse est l'étiquette facile qui sert à masquer l'ignorance où nous sommes de la véritable nature de ces maladies. Mais d'ailleurs si nous voulons un instant admettre l'existence certaine de l'arthritisme, nous rencontrons malgré cela des observations où cette objection est sans portée, car fréquents sont les cas où le conjoint contagionné n'est entaché d'arthritisme ni par ses antécédents héréditaires, ni par ses antécédents personnels. Il suffit pour s'en convaincre de feuilleter les observations (obs. de DE LALAUBIE, SCHMITZ, etc.). Des observations multiples contredisent donc cet argument que les non-contagionnistes considèrent cependant comme un des plus probants.

La communauté de vie physique, l'identité d'alimentation, de climat, d'habitudes, la similitude de préoccupations morales, les mêmes accidents, les mêmes chagrins ayant le *même* (?) retentissement sur l'esprit et la santé des conjoints, tels sont les autres arguments qui forment le faisceau sur lequel reposent encore les convictions de ceux qui les jugent suffisants pour expliquer à eux seuls tous les faits de prétendue contagion.

Mais les observations dans lesquelles le mari est

voyageur ou interprète (obs. MARIE, HUTINET, etc.), les contagions entre maîtres et domestiques (obs. TEISSIER, TALAMON, LAUNOIS), entre amant et maîtresse vivant séparément (obs. MAIRE-AMÉRO) montrent que l'argument de la *communauté de vie* ne peut expliquer les faits en question ; d'ailleurs, il y a rarement identité complète de vie (à part chez quelques rentiers) dans les ménages ; les conjoints, par le fait même de leur sexe, ont des occupations matérielles essentiellement différentes (1).

La théorie du *même régime alimentaire* n'a pas davantage de valeur, si on veut bien l'examiner d'un peu près, et, ici encore, les observations démontrent clairement que le diabète peut exister chez les deux conjoints avec un régime alimentaire tout à fait différent (2). Outre les observations de J. TEISSIER, de MARIE, etc., nous citerons comme particulièrement typique à cet égard celle relatée par TALAMON et qui se termine ainsi : « La communauté d'alimentation ne saurait être incriminée, puisque l'alimentation du maître était le régime anti-diabétique scrupuleusement suivi depuis 30 ans. Le sujet n'était pas gouteux et il n'y avait pas d'hérédité familiale (3). » MARIE fait suivre son intéressante observation de ces

(1) « La femme, par le fait même des habitudes et des exigences de son sexe, ne vit jamais exactement comme son mari ». DEBOVE *Sem. méd.*, 1889, p. 259.

(2) Pour ce qui concerne l'abus des sucreries, voir les observations de SCHMITZ.

(3) TALAMON, Le Diabète domestique (*Méd. mod.*, 1898, p. 170).

quelques lignes également fort démonstratives : « A l'égard du mode pathogénique, le cas de diabète conjugal que je vous ai présenté tout à l'heure fournit quelques renseignements qui, pour être d'un ordre négatif, n'en sont pas moins intéressants. Ici, en effet, il ne saurait être question d'une influence commune du régime alimentaire, puisque, par suite de la profession d'interprète exercée par le mari, celui-ci était le plus souvent en voyage et que, même pendant ses séjours à Paris, il mangeait rarement avec sa femme. Quant aux chagrins, aux préoccupations, aucun des conjoints n'en a jamais eu de notables (1). »

Ce dernier point, *communauté de soucis, d'émotions, de préoccupations* de toutes sortes, inhérente à la vie commune de deux êtres étroitement unis et qui ressentent avec une intensité égale les chocs moraux qui frappent l'un d'eux, constitue le dernier argument que nous avons à réfuter. Outre que la réceptivité morale des conjoints pour les ennuis est loin d'être égale, que l'on voit fréquemment un homme insouciant, apathique, non émotif, vivre avec une femme à sensibilité morale exagérée, ou inversement, que les tracasseries de toutes sortes sont souvent localisés à un seul conjoint (affaires financières, industrielles, infidélités conjugales, etc.), cet argument n'explique pas plus que les premiers les cas de contagion entre maîtres et domestiques, entre fournis-

(1) MARIE, *loc. cit.*

seur et client, entre amies, etc., que l'on trouve dans la littérature. De plus, nombreux sont les ménages de diabétiques qui, comme dans l'observation de MARIE, n'ont jamais eu d'ennuis d'aucune sorte. Nous en avons nous-même observé un exemple dont la relation vient à l'appui des lignes ci-dessus ; l'homme, âgé de 34 ans, employé à la Compagnie des Wagons-lits, ne faisait que de courts séjours à Paris, et vivait la plupart du temps d'une vie matérielle et d'un régime alimentaire essentiellement différents de celui de sa femme. Ni l'un ni l'autre ne sont de souche arthritique et aucun souci n'est venu assombrir leur existence depuis leur union. Le mari est syphilitique. La femme a été reconnue diabétique 4 ans après leur mariage et 3 ans après son mari.

Nous serions assez porté à croire que le choc nerveux est, non la cause déterminante, mais seulement la cause occasionnelle du diabète.

Il nous a paru intéressant de donner ici l'opinion de SCHMIDT, dont on connaît la compétence en cette matière, au sujet de la théorie des chocs moraux comme facteur étiologique du diabète. Il termine la relation de son observation VI par ces lignes : « Elle n'a jamais mangé beaucoup de sucre et il n'y avait aucune cause dont le diabète pût dépendre.

« On pourrait seulement supposer que le même diabète, qui avait amené la mort de son amie, avait été

la cause du sien par la douleur qu'elle avait éprouvée à ce moment-là.

Je doute (parce que je ne crois plus que cela soit vrai, alors que je le croyais autrefois exact) qu'une douleur violente puisse amener le diabète et surtout que cela puisse déterminer une influence fâcheuse sur le diabète. Je disais autrefois « *post hoc, ergo propter hoc* ». Avant la découverte du diabète, une violente émotion avait frappé le malade : j'attribuais le diabète à cette émotion.

Y avait-il augmentation de la quantité de sucre chez un diabétique après un violent chagrin ? J'incriminais toujours cet ébranlement du système nerveux.

Maintenant j'ai depuis longtemps la preuve que le diabète ne se découvre que très rarement de suite et que, la plupart du temps, il s'écoule un certain temps, quelquefois même plusieurs années, avant que le hasard ne trahisse les symptômes de cette affection (1).

Il est donc très possible aussi que le diabète, dont nous avons constaté l'apparition au moment d'une grande douleur, soit implanté depuis longtemps déjà ; en tout cas, j'ai eu deux sujets qui m'ont convaincu de la nécessité de ne pas attacher beaucoup d'importance aux effets nuisibles d'une grande douleur.

Un diabétique avéré, dans la famille duquel des

(1) Au sujet de la latence du diabète conjugal, voir les opinions identiques de LAGRANGE, MARIE, DEBOVE, CORNILLON, etc.

psychoses s'étaient introduites, apprit tout à coup la nouvelle de la mort de son fils unique qui s'était tué en tombant de cheval; cet homme était, comme je l'ai déjà dit, si malade que l'on conçut des craintes fort sérieuses pour son existence, et cependant cette nouvelle n'eut aucune influence sur le diabète, car son urine qui, depuis déjà une semaine, ne renfermait aucune trace de sucre, ne subit pas de modification. Je la contrôlais presque tous les jours, car pendant 15 jours le patient resta encore à Neuenhar et pendant ce temps, malgré la grande excitation du malade, je ne constatai aucune trace de sucre.

J'ai fait une pareille observation chez un autre diabétique, qui était un homme très malade. Chez celui-ci, la nouvelle du suicide de son frère lui avait beaucoup affecté l'esprit, mais cela n'avait pas fait revenir le sucre déjà disparu précédemment.

La constatation de ces faits a donné lieu à de très intéressantes observations sur cette affaire, car elle a pu me fournir la preuve que, dans le diabète, l'apparition de la maladie pouvait être attribuée à la contagion plutôt qu'à une émotion morale, et c'est le cas pour la plupart des gens mariés (1). »

Enfin nous terminerons ce chapitre par l'intéressante remarque que fait à ce sujet le Dr CORNILLON : « Cette objection (les chagrins communs) aurait une

(1) SCHMITZ (R.), *Observation VI.*

certaine valeur, si la glycosurie apparaissait simultanément. Or, c'est successivement qu'elle se produit, et à des intervalles assez longs, de telle sorte que le chagrin a diminué sensiblement, s'il n'a pas disparu complètement chez celui qui est atteint en second (1). »

Nous voyons donc que les arguments opposés à l'idée de la contagion de certains diabètes, s'ils sont nombreux, sont loin d'être irréfutables.

(1) CORNILLON, Quelques remarques sur le diabète conjugal. (*Progress médical*, 1898, XIII, 119.)

CHAPITRE IV

Énoncé et appréciation des faits cliniques.

Si donc aucun des arguments invoqués pour expliquer cette coïncidence étrange et si fréquente de diabètes entre conjoints n'est satisfaisant, nous sommes amené à une « autre opinion, autrement catégorique et suggestive, c'est qu'il s'agit d'une véritable contagion. J'avoue que, pour ma part, c'est à cette manière de voir que je me rallierai volontiers (1) ».

Nous pouvons diviser l'étude des diabètes conjugaux ou domestiques en deux parties : dans l'une, nous relaterons et commenterons brièvement les faits cliniques qui sont reproduits en entier au chapitre des observations, dans l'autre, nous aurons seulement en vue les faits expérimentaux et les théories infectieuses du diabète.

Au point de vue clinique, les observations sont là, nombreuses, indiscutables, probantes pour la plupart. Nous allons en analyser rapidement quelques-unes, en nous bornant, pour le diabète conjugal, aux

(1) MARIE, *Sem. méd.*, 1895, p. 529.

observations de SCHMITZ, quoique celles de SENATOR, de OPPHER et KULTZ, si minutieusement prises, ne le cèdent en rien en intérêt. Pour la contagion entre étrangers, nous passerons rapidement en revue les faits de TEISSIER, TALAMON et LAUNOIS.

R. SCHMITZ, exerçant dans une station thermale fréquentée par les diabétiques (Neuenhar), a observé un grand nombre de ces malades et depuis longtemps a été frappé de certains faits qui l'ont amené à penser à la possibilité de la transmission du diabète d'homme à homme. Ces faits peuvent se résumer ainsi qu'il suit : des personnes auparavant bien portantes, le plus souvent des femmes, sont subitement atteintes de diabète, après avoir soigné un diabétique (presque toujours leur mari), avec lequel elles sont en rapport intime. Jamais on ne constate chez ces sujets de prédispositions héréditaires à la maladie, ni aucune cause (arthritisme, abus de sucreries, etc.) donnant habituellement lieu au développement du diabète ; jamais non plus il n'y a parenté même éloignée, entre les deux malades. Sur un nombre total de 2.320 diabétiques, SCHMITZ avait réuni, en 1890, 26 cas de ce genre. Il en relate sept dans son travail. Un surtout est frappant : une femme bien portante, issue d'une famille saine sous tous les rapports, a un mari diabétique ; deux mois après la mort du mari, on constate chez la femme l'existence du diabète. Après avoir été améliorée par un traitement et un régime appro-

priés, la veuve prend un second mari qui, à son tour, devient diabétique.

Nous laisserons de côté les cas de SÉNATOR, OPPHER et KULTZ, etc., qui sont trop suggestifs par eux-mêmes pour qu'il soit nécessaire de les commenter.

Sur ce vaste champ d'études diabétiques que constitue Vichy, nous avons trouvé des cas non moins probants. Nous citerons le suivant, inédit, et assez typique : le Dr de LALAUBIE a connu et donné ses soins à une famille dont le père était diabétique, la mère le devint peu après ; puis leur fille devient diabétique à son tour et se marie avec un homme d'aspect florissant, sans tare arthritique héréditaire ou acquise et chez qui, au bout de quelques années (3 ans environ), on découvrit du sucre.

Le Dr DE LALAUBIE (de Vichy) a d'ailleurs eu l'occasion d'observer de nombreux cas de diabètes conjugaux ; sa conviction à l'égard de la contagion du diabète est absolue et c'est d'un ton catégorique qu'il nous dit « qu'après l'expérience que donnent 30 années de pratique la contagion est pour lui un article de foi ». Il termina notre entretien par cette phrase qu'il ne pensait pas devoir être publiée, mais que nous reproduisons néanmoins pour bien montrer la profondeur de sa conviction : « Mon opinion sur ce point est formelle, à tel point que si ma femme devenait diabétique, je me garerais (1). »

(1) DE LALAUBIE. Entretien particulier. Vichy, juin 1904.

TEISSIER (de Lyon) va plus loin encore (1). En dehors des conditions de la vie conjugale, il apporte des cas dans lesquels la contagion est encore bien plus frappante.

Dans sa première observation, il s'agit d'une blanchisseuse qui est devenue diabétique après avoir pendant six mois lavé le linge d'un homme et de la fille de celui-ci, atteints d'un diabète assez prononcé.

La deuxième observation a trait à un individu dont la mère était diabétique et qui le devint lui-même dans la suite. Au bout de 6 mois, la cuisinière de la maison présenta les symptômes du diabète. Cette femme était, entre autres travaux, chargée de laver les mouchoirs de son maître. Chose plus singulière, quelques mois après, on constatait qu'une lingère, qui était depuis dix ans dans cette maison où elle aidait la cuisinière, était devenue diabétique.

Outre ces deux observations, TEISSIER cite deux cas dans lesquels des personnes vivant ensemble furent prises de diabète.

Ces faits sont singulièrement suggestifs et TEISSIER, qui les rapporte tout au long, trouve avec raison que ces relations sont des plus probantes et de nature à entraîner la conviction.

Il était intéressant de savoir si les opinions si catégoriques du professeur TEISSIER n'avaient pas varié depuis 10 ans et si les faits nouveaux qu'il avait pu

(1) J. TEISSIER. *Sem. méd.*, 1894, p. 480.

observer avaient amoindri ou au contraire affirmé ses convictions touchant à la contagion du diabète. Il a bien voulu nous écrire une longue lettre à ce sujet dont nous extrayons les passages suivants : après avoir exprimé ses regrets de n'avoir pas le temps de constituer un dossier complet de la question, il ajoute qu'il « possède cependant des notes et observations importantes qu'il serait utile de compiler, car, depuis 1894, *j'ai recueilli de nombreux faits propres à confirmer dans mon esprit cette idée de la contagion du diabète...* Les cas de diabètes conjugaux abondent. En général, c'est le mari qui commence, mais dans un certain nombre de cas c'est lui qui suit. Cette fréquence du diabète chez deux conjoints est un fait bien digne de remarque. En effet, il est, à mon sens, *plus aisé de trouver deux conjoints diabétiques que deux conjoints tuberculeux!* Et alors ? pourquoi invoquer le même genre de vie, les mêmes habitudes d'alimentation, les mêmes influences de races ?

« N'est-il pas plus simple de songer d'abord à la contagion ? d'autant mieux que des faits bien difficiles à discuter semblent étayer solidement cette conception (1). »

Cette constance d'opinion, nous l'avons retrouvée chez tous les contagionnistes de la première heure ; les faits nouveaux qu'ils ont observés et

(1) J. TEISSIER, Lettre personnelle en date du 14 juin 1904.

les réflexions qu'ils leur ont suggérées n'ont pas modifié leur conviction à cet égard. C'est ainsi, pour n'en citer que quelques-uns, que le professeur agrégé MARIE nous écrit : « Je n'ai d'ailleurs pas eu à modifier sur cette question l'opinion à laquelle vous voulez bien faire allusion (1), » et que, dans une clinique récente du professeur DEBOVE, nous pouvons détacher cette phrase : « ... Je vous ferai remarquer que l'oncle diabétique qui vit encore est en Belgique. Ce détail présente de l'intérêt, car il prouve qu'il ne peut y avoir eu contagion. Ce mot vous étonnera peut-être, mais l'observation des diabètes conjugaux m'a conduit à penser que peut-être certaines formes de la maladie pouvaient être contagieuses (2). »

Outre les faits de TEISSIER, nous devons dire quelques mots des deux observations si intéressantes de TALAMON (3) : dans la première, c'est un domestique vivant avec son maître diabétique, et chez qui cette affection ne tarde pas à apparaître, quoique la diversité de vie et surtout d'alimentation soit manifeste : le maître suit, en effet, le régime anti-diabétique depuis 30 ans. Dans la seconde observation, c'est un maître d'hôtel que sa patronne diabétique a contagionné.

Ailleurs, c'est FUNARO (4), qui, sur 127 diabétiques

(1) MARIE, Lettre personnelle en date du 21 juin 1904.

(2) DEBOVE, *Presse méd.*, 12 déc. 1903.

(3) TALAMON, *Méd. moderne*, 1898, p. 470.

(4) FUNARO, *Il diabete in Tunisia* (1895),

observés par lui, rapporte, outre 10 cas de diabète conjugal, 3 autres cas chez des personnes vivant avec des diabétiques (dont deux chez des domestiques).

Enfin, c'est le professeur LAUNOIS qui cite le cas d'un vieux valet de chambre attaché depuis de longues années à la personne d'un maître diabétique. Le domestique fut atteint de glycosurie; celle-ci ne fut que *passagère*, car un traitement de quelques semaines finit par la faire disparaître.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur l'observation VI de SCHMITZ, où l'on voit une jeune femme contaminée par son amie diabétique.

Avant de terminer ce chapitre, nous signalerons un fait assez étrange qui vient bien à l'appui de l'idée de contagion. FRERICHS écrit, en effet, ces quelques lignes : « Je noterai encore, sans en pouvoir dire la raison, que plus d'une fois j'ai rencontré plusieurs cas de diabète *dans la même maison*. Ainsi j'ai observé 3 diabétiques de familles différentes parmi les habitants d'une maison de Friedrichs-Strasse, à Berlin, et 3 diabétiques à Hanovre dans des maisons contiguës de la même rue (1). » Le même fait a été noté par le Dr LANDRIEUX (2), qui nous a dit avoir soigné, dans la même année, trois

(1) FRERICHS, Ueber den Diabetes. Berlin, 1884.

(2) LANDRIEUX, Communication particulière, juin 1904.

ménages de diabétiques habitant dans des maisons voisines de la rue de Châteaudun.

Y aurait-il des « maisons à diabète », comme il y a des « maisons à cancer », signalées en Allemagne particulièrement ?

CHAPITRE V

Faits expérimentaux et Théories infectieuses du Diabète.

Si les faits cliniques abondent et sont probants, les faits expérimentaux, eux aussi, sont loin d'être dénués d'intérêt. Le professeur TEISSIER fait suivre la relation de ses observations par les lignes suivantes : « Faut-il voir dans ces faits de simples coïncidences, ou bien faut-il les considérer comme des cas de contagion avérés et attribuables à la transmission, du sujet malade à l'homme sain, d'éléments pathogènes susceptibles de sécréter certains ferments aptes à transformer le glycogène dans le sang du sujet infecté ? Sans nous dissimuler que toutes ces observations cliniques, quelles qu'elles soient, ont toujours quelque côté par où elles sont accessibles à la critique, une pareille conception ne paraît point invraisemblable. Nous connaissons aujourd'hui des germes infectieux sécrétant des diastases et aptes à transformer l'amidon en sucre ; c'est sans doute à un mécanisme semblable qu'il faut attribuer ces glycosuries

secondaires au développement de certains anthrax et si bien décrites par PAVY. Mais, quand il s'agit d'expliquer la transmission d'homme à homme, la question devient plus délicate ; de nouvelles observations, aussi bien cliniques qu'expérimentales, sont nécessaires pour la résoudre (1). »

La production expérimentale des diabètes infectieux a été le premier pas fait dans cette voie. C'est au sujet de ces expériences que MARIE écrit : « Tout fait supposer qu'il s'agit là d'une véritable contagion. Cette contagion elle-même par quels moyens se fait-elle ? Ici les documents nous font entièrement défaut, mais nul doute qu'une fois engagées dans cette voie les recherches n'aboutissent à des conclusions positives. Déjà celles de CHARRIN, sur le diabète pancréatique expérimental d'origine infectieuse, apportent avec elles à la fois une promesse et un résultat (2). »

Les expérimentations de CHARRIN sont en effet d'un intérêt capital pour la question qui nous occupe, car elles tendent à démontrer la nature infectieuse du diabète. On peut dire que ces recherches ont été motivées par les exemples de contagion du diabète puis-que la relation de cet auteur débute par ces mots : « Il est certain que, de temps à autre, des faits placés sous les yeux des médecins portent à penser que la contagion joue parfois un rôle dans le diabète. Or,

(1) J. TEISSIER, *Sem. méd.*, 1894, p. 480.

(2) MARIE, *Sem. méd.*, 1895, p. 529.

qui dit contagion dit le plus souvent microbes. Dès lors, on est conduit à se demander par quels procédés ces microbes peuvent intervenir (1). »

CHARRIN, en collaboration avec P. CARNOT, a réussi à provoquer la glycosurie en injectant des germes dans le canal de Wirsung, canal qui, puisant dans l'intestin, peut dans la pratique s'infecter et en réalité s'infecte, comme le prouve l'observation.

Sur 12 chiens soumis par eux à ces expériences, 3 seulement ont présenté du sucre : le premier, qui en a eu 9 grammes par litre, a maigri et a succombé au bout de 4 semaines; le second a été glycosurique le quatorzième jour, le troisième a présenté des traces de sucre, puis a cessé d'en avoir.

Des neuf autres, quatre sont morts des suites de l'opération; les autres ont survécus; deux ont eu de l'albuminurie.

En somme, par ce procédé, on peut dans quelques cas, réaliser la glycosurie, quelquefois avec amaigrissement, avec polyurie, avec albuminurie, avec « un ensemble de symptômes qui permettent de croire qu'on a eu affaire au diabète vrai, plutôt qu'à la glycosurie, distinction difficile dans certains cas à établir. On échoue très souvent probablement parce que la technique est insuffisante (2). »

(1) CHARRIN, Compte-rendu du Congr. franç. de méd. int. de Lyon, 1894, p. 105.

(2) CHARRIN, *loc. cit.*

Nous croyons, avec GUYOT, pouvoir attribuer ces échecs à ce fait, bien mis en lumière par VON MÉRING, MINKOWSKI et RENAUT, de Lyon, que le pancréas se comporte à certains points de vue comme une glande vasculaire sanguine. La production de la glycosurie en effet n'est amenée que par l'ablation totale de l'organe et manque, si on en greffe une partie sous la peau, à l'instar de la cachexie strumiprive qui fait défaut chez les animaux thyroïdectomisés où on a greffé le corps thyroïde dans le péritoine. C'est sans doute dans les cas où la substance même du pancréas n'a pas été atteinte par l'infection expérimentale exogène de CHARRIN et CARNOT, que la glycosurie a manqué. CHARRIN continue ainsi: «... Si, sortant des faits acquis, on en vient aux considérations générales, on voit que les germes influencent la glycémie, l'abaissent le plus fréquemment, de temps à autre l'élèvent, comme je l'ai établi avec KAUFMANN. D'autre part, microphytes et toxines agissent sur le foie, sur les centres bulbaires, dont les lésions actionnent la glycémie. Que les cellules de l'organisme, celles du pancréas en particulier, modifient la teneur en sucre de l'organisme, cela est certain. Pour les cellules bactériennes qui s'en rapprochent par la forme, la structure, les réactions, les sécrétions, etc., par leurs produits, surtout par leur influence sur l'économie, cela est possible également. Si au début, on a pu considérer cette opinion comme le résultat

de l'exagération des doctrines nouvelles, je crois qu'aujourd'hui il convient de ne la pas repousser (1). »

Et l'on conçoit en effet que, toute lésion histologique du pancréas pouvant produire de la glycosurie, les germes, en modifiant la vitalité ou la composition chimique de la cellule pancréatique, soit par les toxines qu'ils sécrètent ou plus simplement grâce aux troubles circulatoires provoqués dans cet organe par l'inflammation microbienne, puissent constituer à eux seuls, et comme cause primordiale, le syndrome diabète.

Nous croyons nécessaire de rapporter ici le fait suivant, bien qualifié pour affermir par analogie la conviction au sujet de la possibilité de la production expérimentale infectieuse du diabète : GILBERT, par des injections de coli-bacilles peu virulents dans la vésicule biliaire (2), a pu produire chez des chiens la lithiase biliaire; et c'est cependant là une affection qu'on présentait autrefois comme le type des maladies par ralentissement de la nutrition! S'est-il produit là une modification chimique dans le contenu de la vésicule biliaire sous l'influence des toxines microbiennes, ou bien les germes ont-ils agi directement en produisant l'infection des conduits biliaires? Cette infection artificielle a-t-elle eu une

(1) CHARRIN, *loc. cit.*

(2) Voir pour bibliographie à ce sujet, LEJARS, *Sem. méd.*, p.384, qui, avec beaucoup d'autres auteurs, admet l'origine infectieuse de la lithiase biliaire.

action seulement localisée au foie, ou au contraire un retentissement sur l'état général tout entier? Enfin le traumatisme inhérent à toute injection doit-il entrer en ligne de compte? Quoi qu'il en soit, on note fréquemment chez les diabétiques un foie « touché » antérieurement et le Dr DE LALAUBIE insiste sur la fréquence des cholécystites et des angiocholites dans les antécédents des diabétiques; les gros foies infectieux sont chose banale chez ces malades.

La lithiase biliaire pourrait donc être aussi reproduite expérimentalement par une infection exogène; ce fait cadre non seulement avec les théories de GUYOT, mais encore avec ce qu'écrivait LEDIEU dans sa thèse: « Les maladies dyscrasiques ou dépendant d'un soi-disant trouble de la nutrition (diabète, goutte, rhumatisme articulaire aigu) peuvent rentrer dans le cadre des maladies infectieuses (1). »

Parmi les arguments capables d'être invoqués à l'appui de la doctrine infectieuse du diabète sucré, outre les exemples probants de contagion, on peut, nous dit TEISSIER, citer surtout « la fréquence de la glycosurie dans le paludisme, les cas de diabète consécutifs aux vastes anthrax, l'existence de certaines complications d'origine bactérienne indéniable, comme l'endocardite (2). »

JARDET et NIVIÈRE pensent que « le diabète ne se

(1) LEDIEU (R.). La Contagion du Diabète. Thèse Paris, 1898, n° 532.

(2) J. TEISSIER, *loco citato*.

développe pas seulement chez les arthritiques ; il peut être aussi consécutif à des maladies infectieuses. Les plus fréquentes dans les antécédents des diabétiques sont la fièvre typhoïde, la rougeole, la scarlatine, la variole, la grippe et enfin les oreillons (1) ».

A cette énumération, nous croyons devoir ajouter la syphilis qui, avec l'impaludisme, est un des facteurs infectieux les plus fréquents du diabète. En raison même de cette fréquence, nous allons nous arrêter quelques instants sur les rapports qu'affectent ces deux maladies avec le diabète.

« La syphilis, nous dit LÉCORCHÉ, alors même qu'elle ne donne pas lieu à des tumeurs cérébrales, peut également devenir, ainsi que l'ont observé SCOTT, PET, J. FRANK, SEESEN, VAN HOVEN, JAHSCHE et moi-même, une des causes du diabète.

Il paraît actuellement acquis que le diabète peut être symptomatique de la syphilis. Les observations en sont déjà trop nombreuses pour qu'on puisse mettre en doute cette variété de diabète symptomatique. Mais il semble naître dans des conditions différentes. Tantôt il n'est que l'expansion symptomatique d'une tumeur cérébrale de nature syphilitique, tantôt il paraît sous la dépendance de *la syphilis elle-même existant en temps que diathèse*. Dans ces cas, il s'améliore sous l'influence d'un traitement antisyp-

(1) JARDET et NIVIÈRE, *Rev. de médecine*, 1898, page 579.

philitique (1). » C'est également l'avis de SENAC : « Nous devons ajouter qu'il existe dans la science des faits où la glycosurie a disparu sous l'influence d'un traitement antisyphilitique (2). »

DEMANGE cite encore des faits du même genre : « Cette notion est de la plus haute importance au point de vue thérapeutique. DUB a rapporté 20 observations de diabète guéri par un traitement antisyphilitique (3). »

On trouverait d'autres exemples de l'influence de la syphilis sur la production du diabète. Je me contenterai d'en citer deux observations de BRUNO OPPHERET KULTZ, intéressantes en ce qu'elles sont démonstratives, non pas seulement de l'infection, mais de la *contagion*, contagion qui, dans ces cas particuliers, s'est sûrement produite par l'intermédiaire de la syphilis.

L'autre maladie qui peut encore donner fréquemment naissance au diabète est l'impaludisme (4).

« Il paraît actuellement hors de doute que la goutte peut, dans certains cas, donner lieu au diabète. Il en est de même de l'intoxication paludéenne qui, le plus souvent, il est vrai, ne produit qu'une glycosurie passagère, mais qui, parfois, provoque l'apparition d'un diabète vrai. Les cas en sont même assez fré-

1) LÉCORCHÉ, Traité du Diabète.

(2) SENAC.

(3) DEMANGE, in Dictionnaire des Sciences médicales de DECHAMBRE, p. 608.

(4) Voir à ce sujet : JACOBSON, Malaria und Diabètes, Rostock, 1896, et DUTIGNY, Diabète d'origine palustre. Bordeaux, 1892.

quents, puisque SEEGEN a eu l'occasion d'observer 7 cas de cette nature sur 40 qu'il relate (1). »

BURDEL, VERNEUIL, cités par DEMANGE, croient également à l'influence de l'impaludisme sur la production du diabète. FREISENGER, d'après le même auteur, aurait observé une semblable origine 10 fois sur 225 cas (2).

Voilà donc deux maladies nettement infectieuses, la syphilis et l'impaludisme, qui sont productrices de diabète, et de diabète vrai (3).

Nous avons remarqué avec un certain étonnement que, parmi les médecins de Vichy non contagionnistes, la plupart cependant admettaient franchement les formes infectieuses du diabète. C'est ainsi que le Dr GLÉNARD, pour qui l'origine alcoolique du diabète dans la majorité des cas est une conviction absolue, admet sans réticences les formes infectieuses, le diabète paludique entre autres (4). Mêmes réflexions au sujet du Dr DÉLÉAGE qui, outre cette variété malarienne, nous disait, parlant de la forme infectieuse d'origine gastro-intestinale : « Celle-là, j'y crois ! »

Dès lors, pourquoi s'arrêter à mi-chemin ? et si l'on admet l'infection, pourquoi repousser la contagion qui en est la conséquence nécessaire ?

(1) LÉCORCHÉ, *loc. cit.*

(2) Voir encore GUISTINIANI, Glycosurie chez les paludéens (Montpellier, 1882).

(3) D'après GUYOT, *loc. cit.*

(4) GLÉNARD, Entretien particulier, juin 1904.

Cette contagion, comment se fait-elle, quel est son agent et comment pénètre-t-il dans l'organisme pour l'infecter? toutes questions que nous allons essayer de résoudre dans le chapitre suivant.

Nous ne croyons pouvoir mieux terminer celui-ci qu'en citant cette conclusion du professeur agrégé MARIE : « Le dossier du diabète conjugal est donc, comme vous le voyez, assez chargé pour qu'il soit impossible de lui refuser une existence propre et une signification des plus importantes (1). »

(1) MARIE, *Sem. méd.*, 1895, p. 529.

CHAPITRE VI

La contagion du diabète. — Ses modes. — Ses voies d'invasion. — L'agent du contag.

Après le rôle de l'infection dans la genèse du diabète, c'est celui de la contagion qui va nous occuper. On va voir que cette contagion est indéniable, mais chose singulière et qui prouve bien l'influence, on pourrait dire l'hypnotisme, exercée sur les médecins par les théories en cours, chaque fois qu'on rencontre ces observations de diabète contagieux, leurs auteurs les qualifient de phénomènes bizarres, extraordinaires et invoquent le hasard, des coïncidences, ou une vague communauté d'alimentation et de préoccupations.

Que faut-il démontrer pour entraîner d'une façon certaine la conviction? TALAMON se charge de nous le dire : « Ce qu'il faut démontrer, c'est la transmissibilité directe d'un individu à un autre de l'aptitude spéciale que possède le diabétique à former du sucre en excès, c'est par suite l'existence d'un micro-organisme à proprement parler spécifique, jouissant

par lui-même ou par la toxine qu'il sécrète de la propriété glycoformative, ou au moins d'une tendance élective à se localiser sur les régions du système nerveux dont l'expérimentation démontre le rôle dans la production de la glycosurie (1). »

Il est bon de dire que *tous les diabètes ne sont pas contagieux*; ainsi ceux qui proviennent d'une intoxication ne le sont pas; les diabètes dits traumatiques ou par simples troubles mécaniques *non infectieux* du foie, du pancréas ou du cerveau ne le sont pas non plus; mais le diabète arthritique, lui, est contagieux.

Le diabète transmis a-t-il une évolution identique à celle des autres diabètes, ou, au contraire, a-t-il une physionomie clinique spéciale qui permette, jusqu'à un certain point, de le différencier des autres formes de cette maladie?

L'évolution de ces diabètes ne diffère en rien des autres formes, nous dit le Dr BOISUMEAU. Nous ne sommes pas de cet avis et d'ailleurs une lettre récente du professeur J. TEISSIER est venue confirmer cette opinion : « ... ce qui vient encore à l'appui de cette façon de voir, nous écrit-il, c'est que le *diabète transmis* a des allures bien spéciales; il paraît *moins tenace*, plus facilement modifiable et surtout *plus curable*, en ce sens qu'une fois le malade soustrait à

(1) TALAMON. *Méd. moderne*, 1898, p. 170.

la contagion, la *glycosurie* a souvent *disparu sans retour*.

C'est ce qui est arrivé précisément à la malade dont je parlais au Congrès de Lyon, qui, devenue glycosurique après avoir couché tout un été dans le lit d'une cuisinière devenue elle-même diabétique pour avoir lavé le linge de toilette appartenant à une diabétique, a cessé d'être glycosurique, depuis que, avertie par nous, elle a cessé ses relations avec la maison où je la soupçonnais d'être tombée malade. — Un autre de mes malades, visé dans ma communication de 1894, ne fait, après dix ans, que de la glycosurie passagère lorsqu'il se fatigue ou éprouve une émotion violente. — Enfin, chose essentielle ! j'ai vu des malades contaminées, à mon sens par leurs maris, *cesser d'être diabétiques après la mort de leur conjoint*. Ce fait me paraît très important à relever.

Le diabète transmis a donc quelque chose de spécial. De plus, symptomatiquement, il se distingue souvent par l'absence de soif et de polyurie ; il n'est parfois découvert que par hasard, et si, étant prévenu, on s'avise de le chercher (1). »

Examinons maintenant quelle est la porte d'entrée par où l'agent du contagé s'introduira dans l'organisme. Nous dirons tout de suite que ce sont très vraisemblablement les lésions buccales, ces *gingi-*

(1) J. TEISSIER, Lettre personnelle en date du 14 juin 1904.

viles infectieuses signalées par les auteurs au début du diabète, qui constituent son premier habitat dans l'organisme. JARDET et NIVIÈRE, au sujet des diabètes infectieux, écrivent ces lignes... « Pour nous, ce n'est pas le diabète lui-même qui est contagieux, mais les lésions buccales qui le précèdent et qui ont une influence notable sur son développement (1). » Ailleurs, c'est CORNILLON (2) qui écrit : « Je crois que la salive et l'urine sont les véhicules par lesquels s'opère la contamination », et SCHMITZ (3) qui affirme que « les baisers peuvent facilement engendrer et donner la transmission de cette maladie ». Nous rappellerons que FOUQUET, du Caire (4), dans trois cas de diabète conjugal, signale une gingivite préexistant à l'apparition du sucre chez le deuxième conjoint, que BARTHÉLEMY (5) mentionne un muguet d'allure assez mystérieuse avant tout autre symptôme et que J. TEISSIER (6) regarde la contagion comme possible au moyen d'objets souillés par la salive des diabétiques. Nous-même avons rapporté l'observation inédite du D^r MAIRE-AMÉRO, dans laquelle on voit le mari contagionné soupçonner la maladie parce qu'il a une gingivite et que sa femme diabétique a des genci-

(1) JARDET et NIVIÈRE, *Revue de médecine*, 1893, p. 979.

(2) CORNILLON, *Progrès méd.*, 1898, p. 119.

(3) SCHMITZ, observ. VI.

(4) FOUQUET, cité par LEGENDRE, in *Traité de médecine*, CHARCOT, BOUCHARD, BRISSAUD, p. 378.

(5) BARTHÉLEMY, Observation, in thèse de LEDIEU.

(6) J. TEISSIER, *Sem. méd.*, 1894, p. 480.

ves semblables aux siennes ; « est-ce que le diabète se communique ? » demande-t-il, tant est frappante cette coïncidence de manifestations buccales.

GILBERT et WEIL ont également signalé ces lésions et, dans le couple observé par MARIE, on trouve une gingivite expulsive ; or, GALIPPE, MAGITOT et BRUNEAU, entre autres, affirment nettement la contagion de cette infection. Enfin GUYOT en signale un cas (1).

Cette gingivite a-t-elle une évolution ou des caractères spéciaux ? Le Dr MAIRE-AMÉRO nous la décrit dans son observation, en quelques mots : « on note une gingivite spéciale : exsudat au bord de chaque dent, exsudat d'aspect sec, presque croûteux (2). » Les Drs JARDET et NIVIÈRE se demandent si « les lésions des gencives et des dents, regardées comme une conséquence de la maladie, ne sont pas simplement aggravées par elle et causées par la diminution de la quantité de la salive dont la propriété bactéricide est manifeste (3) », et après avoir relaté leurs observations, ils concluent ainsi : « les observations précédentes nous ont montré que les altérations de la sécrétion salivaire jouent un rôle dans la pathogénie du diabète, et nous ne pouvons douter de l'importance de ce rôle, si nous étudions l'étiologie, l'histoire clinique, l'anatomie pathologique et la

(1) GUYOT, in *Arthritis maladie microbienne*, etc. 1904.

(2) MAIRE-AMÉRO. Observation inédite, ch. X.

(3) JARDET et NIVIÈRE, *Revue de méd.*, 1898, n° 12.

thérapeutique de cette maladie. » Maintenant que nous avons établi que la porte d'entrée de l'agent de contagé dans l'organisme était vraisemblablement la gingivite, voyons comment ce microbe va pouvoir produire le diabète.

Pour l'expliquer, nous allons analyser rapidement l'intéressante théorie de GUYOT. Cet auteur admet que les symptômes du diabète sucré semblent reconnaître comme cause prochaine des troubles de la circulation et consécutivement de la nutrition. DEMANGE, LÉCORCHÉ signalent l'athérome des artères et des capillaires chez les diabétiques en général et le professeur BOUCHARD trouve une augmentation de la pression sanguine dans le diabète, qu'il attribue à l'artério-sclérose : c'est cette artério-sclérose qui serait la cause de la maladie, car elle est souvent localisée au foie ou au pancréas, comme l'ont démontré entre autres : BOINET (1) avec deux cas et HOPPE-SEYLER (2) avec trois cas. De telle sorte que l'on se trouve en présence de cette filière : lésions artérielles initiales d'où résultent la sclérose et la dégénérescence graisseuse, et quand le pancréas est ainsi détruit dans ses éléments nobles, on aboutit alors au syndrome diabète.

GILBERT et WEIL (3) admettent que « l'artério-

(1) BOINET, *Semaine médicale*, 1898, p. 186.

(2) HOPPE-SEYLER, *Sem. méd.*, 1893, p. 584.

(3) GILBERT et WEIL, *Sem. méd.*, 1895, p. 387.

scélérose, en déterminant une irrigation défectueuse du parenchyme, trouble et rend insuffisant son fonctionnement ». Le professeur POTAIN et tout récemment SCHUPFER accusaient aussi l'athérome dans cette maladie. « On doit, à notre avis, admettre une insuffisance fonctionnelle liée à l'artério-sclérose hépatique et à l'anémie qui en résulte », disent encore GILBERT et WEIL (1) qui, plus loin, ajoutent : « une irrigation amoindrie et défectueuse, un trouble d'innervation arrivent donc au même résultat, la déchéance fonctionnelle de la cellule hépatique. » C'est de cette façon, par troubles circulatoires passagers, que paraissent agir les intoxications oxycarbonées, chloroformiques, etc., dans la production du diabète.

BAUMEL (2) (de Montpellier) admet aussi l'influence de ces troubles dans la production du diabète, mais, pour lui, ce serait toujours sur le pancréas qu'ils se manifesteraient. Ici, se placent les diabètes expérimentaux résultant des expériences de CHARRIN et de CARNOT (3) et que l'on a trouvé rapportés au chapitre précédent.

GUYOT explique le diabète nerveux par une action vaso-motrice passagère ou durable, suivant la durée de la lésion cérébrale; puis se trouvant ainsi

(1) GILBERT et WEIL, *Sem. méd.*, 1895, p. 387.

(2) BAUMEL, *Sem. méd.*, 1894, p. 480.

(3) CHARRIN et CARNOT, Glycosurie, diabète et microbes (*Société de Biologie*, 1891 1894).

en présence de deux théories du diabète : théorie hépatique et théorie pancréatique, il les fusionne en une seule; il légitime cette fusion, en démontrant que le foie et le pancréas jouent un rôle simultané ou alternatif dans la production du syndrome. Il montre les relations étroites de ces deux glandes et cite les observations de RENAUT (1) de Lyon et P. GILIS (2) de Montpellier qui aboutissent à faire de ces deux organes un appareil « hépatopancréatique conjugué » en se basant sur l'observation, l'expérimentation et l'étude des vertébrés inférieurs.

Tel est donc, d'après GUYOT, le mode de production du diabète; comme toute théorie, celle-ci peut être discutée, mais il faut avouer que cette manière de voir s'accorde avec les données de la clinique, de l'expérimentation et de la physiologie normale. Si l'on résume, on peut établir les trois points suivants :

1^o *Microbe ayant sa voie d'accès et un premier habitat dans la bouche ou le naso-pharynx.*

2^o *Il porte son action sur les vaisseaux (comme le microbe inconnu de la syphilis), artères, veines, capillaires où il produit en premier lieu les troubles fonctionnels et, à la longue, les lésions chroniques communément observées chez les arthritiques.*

3^o *C'est par l'intermédiaire de ces troubles vas-*

(1) RENAUT, *Sem. méd.*, 1894, p. 481.

(2) P. GILIS, *Sem. méd.*, 1894, p. 475.

culaires spécifiques, fonctionnels ou durables, avec localisation principale dans le foie, le pancréas. ou le cerveau, que se produit le syndrome diabète.

Nous avons donc étudié la contagion, les caractères spéciaux du diabète transmis, vu quelle était la porte d'entrée de l'agent pathogène et comment s'exerçait son action dans l'organisme, mais nous n'avons pas encore parlé du microbe diabétogène.

Pour Guyot, qui s'étend longuement sur ce point et rapporte les observations bactériologiques de différents auteurs, ainsi que les siennes propres, le diabète serait dû à l'action sur l'économie du *diplocoque* de LEYDEN-TRIBOULET-COYON, dénommé encore *entérocoque* par THERCELIN.

A ce sujet, le professeur J. TEISSIER (1) avait émis en 1894 une hypothèse qui, croyons-nous, n'a pas été confirmée depuis : « Jusqu'à plus ample informé et à titre d'hypothèse provisoire, nous sommes disposé à incriminer le linge de corps ou de table, souillé par la salive ou par l'urine, humeurs particulièrement riches en acide lactique chez le diabétique. Or, on sait que l'acide lactique, pour se détruire, appelle un certain nombre de mucédinées (*aspergillus, penicillium*) dont quelques-unes sécrètent des substances toxiques, peut-être même des *diastases* dont l'introduction dans l'organisme vivant pourrait favoriser la production de la glycémie. »

(1) J. TEISSIER, *loc. cit.*

D'ailleurs, alors même que le germe diabétogène conserverait son incognito, il n'en serait pas moins rationnel d'admettre la nature contagieuse de certains diabètes : ne croyait-on pas déjà à la contagion de la tuberculose, bien avant la découverte du bacille de Koch et quelqu'un nie-t-il le caractère virulent de la syphilis, dont on ignore cependant l'agent de transmission ?

Mais il ne suffit pas de constater, il faut aussi prévenir et guérir ; c'est ce qui va faire l'objet du chapitre suivant.

CHAPITRE VII

Prophylaxie. — Traitement.

La théorie microbienne du diabète devait nécessairement amener les médecins à user des antiseptiques dans le traitement de cette maladie. De nombreux essais ont en effet été tentés dans ce sens, surtout à l'étranger où l'idée de contagion du diabète est plus généralement admise qu'en France, et ont donné des résultats satisfaisants.

Mais avant d'étudier le traitement, il nous faut dire quelques mots de la prophylaxie de cette affection; il nous semble qu'elle peut être résumée en quatre points :

1° Inviter à ne pas cracher par terre dans les lieux publics, la salive étant très vraisemblablement le véhicule de l'agent pathogène; les mesures prises en ce sens pour éviter la contagion de la tuberculose pourront avoir un salutaire effet sur la question qui nous occupe;

2° Désinfection des mouchoirs et en général des linges souillés par la salive, et peut-être par l'urine,

des malades atteints de diabète ; les cas de contamination relevés chez les blanchisseuses ou les lingères par TEISSIER et dus à ce mode de propagation rendent cette mesure préventive indispensable ;

3° Traitement précoce et énergique des gingivites chez les personnes vivant avec des diabétiques ;

4° Interdiction de la vie commune avec des malades atteints de cette affection, à moins d'observation rigoureuse des prescriptions ci-dessus énoncées.

Avant d'aborder l'étude du traitement général, nous voudrions dire quelques mots d'un traitement un peu spécial des gingivites incriminées et qui peut marcher de pair avec les autres médications instituées en pareil cas ; il est particulièrement recommandé par BOUCHARDAT et a pour but d'augmenter la sécrétion salivaire dont on connaît les propriétés bactéricides énergiques. Pour cela, « l'exercice le meilleur est celui qui met en mouvement les bras et la partie supérieure du corps », nous disent JARDET et NIVIÈRE (1), qui apprécient les bons résultats de cette gymnastique et en accroissent encore les effets par le massage des glandes salivaires.

Comme traitement général, les antiseptiques les plus employés sont les mercuriaux et les arsénicaux. Voici d'ailleurs l'opinion motivée de SHERIDAN (2) sur

(1) JARDET et NIVIÈRE, *loco citato*.

(2) SHERIDAN, Four Cases of Diabetes mellitus of bacterial Appa-

ce sujet : « A la fin de 1898, un auteur relatait (1) ses expériences avec le bichlorure de mercure dans le traitement du diabète et soutenait la nouvelle théorie de l'origine bactérienne de cette maladie.

Au moment de la publication de l'article en question, j'avais en traitement quelques diabétiques. Comme un régime anti-diabétique modérément rigide et l'usage des remèdes en honneur à cette époque n'arrêtaient pas la glycosurie chez mes malades, j'adoptai la nouvelle théorie et prescrivis aussitôt le remède préconisé.

Aujourd'hui, après une année d'essais des médicaments antiseptiques, j'ai une ferme croyance en l'origine bactérienne du diabète. Il est vrai que le bichlorure de mercure ne me donna aucun résultat probant, mais il tendit à me démontrer l'existence d'une toxine diabétique particulière, qui doit être combattue par d'autres moyens. Cette toxine, à mon avis, est particulièrement apte à attaquer le système nerveux qui, en retour, donne lieu aux troubles bien connus du métabolisme dans le diabète, savoir : empêchant le dépôt du glycogène dans le foie et les muscles et causant sa décharge par les reins sous forme de sucre. L'irritation des centres vaso-moteurs, à laquelle peuvent être attribués tous les

rent Origin, and their succesful Treatment (New-York, M. J., 1900, 236-238.)

(1) In *The medical Record*.

symptômes du diabète, semble être causée par cette toxine. Il est pleinement du devoir du médecin d'éliminer les influences de cette toxine, afin de diminuer par là l'irritation des centres nerveux. Toutefois, il doit être très attentif dans le choix du remède propre et dans l'administration de la dose indiquée. Les échecs dans le traitement du diabète doivent être attribués, soit à un mauvais médicament, soit à une administration impropre du remède, ou aux deux en même temps.

Le médicament idéal anti-diabétique ne devrait pas seulement posséder des pouvoirs antitoxiques et antiseptiques, il ne devrait pas produire l'affaiblissement et l'anémie par un usage prolongé. Au contraire le remède idéal devrait avoir des propriétés toniques énergiques.

Le bichlorure de mercure et le chlorure d'or et de sodium, si vantés depuis longtemps par un médecin de Chicago, possèdent quelques-uns de ces desiderata, mais ne m'ont pas donné les preuves que j'en attendais dans le traitement du diabète sucré. Cet insuccès est dû à 3 facteurs :

- a) La toxine spécifique du diabète n'est influencée seulement que par un antiseptique spécifique ;
- b) Le bichlorure de mercure ou le chlorure d'or et de sodium ne font pas diminuer la glycosurie ;
- c) Le bichlorure de mercure, aussi bien que le chlorure d'or et de sodium, administré pendant un certain

temps et à fortes doses, diminue le pouvoir oxydant des globules rouges du sang, déprime l'organisme et produit un rapide amaigrissement.

Le remède répondant à toutes les exigences d'un anti-diabétique idéal est fourni par la combinaison du bromure d'or avec le bromure d'arsenic, appelée par ses préparateurs *arsenauro*. Cette préparation possède, sans aucun doute, une *influence spécifique sur le microbe et la toxine* du diabète sucré, influence qui est démontrée par les quatre cas suivants. (Ici SHERIDAN relate 4 observations de cure diabétique indubitable par son composé arsénical, puis il ajoute) :

« Les quatre cas qui ont cédé à ce traitement antiseptique étaient apparemment d'origine bactérienne. L'« arsenauro », en saturant l'organisme, arrêta cette activité bactérienne, ou tua les germes, ou neutralisa leurs toxines. Il n'agit qu'à saturation ; l'« arsenauro » est le seul neutralisateur puissant que l'on puisse donner aux doses les plus incroyables, sans qu'il en résulte le moindre inconvénient. »

GUYOT, après avoir passé en revue les effets des différents antiseptiques employés dans le traitement du diabète, l'acide salicylique, le protargol, etc., conclut aussi à l'influence remarquable de l'arsenic qu'il préconise sous sa forme relativement nouvelle, le *cacodylate de soude*.

De l'étude des autres travaux, il résulte pour nous

que, à quelques exceptions près, l'arsenic, sous des formes qui varient suivant les auteurs, est l'antiseptique le plus efficace contre ces diabètes d'origine microbienne.

Nous sommes donc en droit de conclure que *l'arsenic est le médicament de choix* et qu'on devra l'employer de préférence à tous les autres dans le traitement de la maladie qui nous occupe.

La soustraction du malade contaminé à son entourage diabétique aurait, d'après J. TEISSIER, une action curative non douteuse. Il base ses appréciations sur des faits cliniques et il a bien voulu nous écrire « qu'une fois le malade soustrait à la contagion la glycosurie a souvent disparu sans retour (1) ». Il a vu également des malades contaminés « cesser d'être diabétiques après la mort de leur conjoint (2) ». Cette mesure est donc aussi recommandable au point de vue du traitement qu'utile dans la prophylaxie de cette maladie.

(1) J. TEISSIER, Lettre personnelle, 14 juin 1904.

(2) Voilà un fait ; disparition du diabète après un chagrin, qui contredit singulièrement les théories des non-contagionnistes.

CHAPITRE VIII

Historique. — Bilan. — Statistiques.

Nous allons tout d'abord faire dans ce chapitre l'historique de la question du diabète conjugal, par ordre chronologique.

LÉCORCHÉ (1) semble le premier avoir remarqué et signalé la coïncidence étrange à plus d'un titre du diabète entre conjoints; il écrit, en effet, dans son *Traité*: « Nous signalerons un détail bizarre que nous avons relevé dans un certain nombre d'observations, 6 fois sur 114 cas, c'est la coexistence du diabète chez la femme et chez le mari. » LÉCORCHÉ se contente donc de qualifier de bizarre cette coïncidence.

Bien avant lui, en 1800, REIL (2), dans son *Traité de la fièvre*, avait fait une remarque identique. Puis ce sont SEEGEN (3), BETZ (4) qui signalent des cas semblables.

(1) LÉCORCHÉ, Du diabète sucré chez la femme, 1886, p. 420.

(2) REIL, Ueber die Erkuntaiss und Cur der Fieber. Halle, 1800, t. III, p. 485.

(3) SEEGEN, Der Diabetes mellitus, Leipzig, 1870.

(4) BETZ, Méd. Correspondensbl. des Wurtemb. Arztl. Vereins 1873, n° 4, p. 30.

Mais on peut dire que c'est le professeur DEBOVE (1) qui, en 1889, provoquant la discussion sur cette question, le premier posait nettement, avec les réserves que lui imposaient la nouveauté du sujet et la hardiesse de la conception, la possibilité de la nature infectieuse du diabète et il apportait à l'appui de cette opinion, sans les avoir systématiquement recherchés 5 cas personnels de diabète conjugaux sur 50 diabétiques observés, soit l'énorme proportion de 1 p. 10.

Cette communication fut le point de départ d'une importante série de contributions à l'étude du diabète conjugal; en effet, dans la même séance, les D^{rs} RENDU, E. LABBÉ, F. DREYFOUS, GOURAUD dirent en avoir observé chacun 1 cas; les D^{rs} GAUCHER, LETULLE, BARTHELEMY en avaient soigné chacun deux cas; enfin, FÉRÉOL disait en connaître « un certain nombre de cas » dans sa clientèle (2).

C'est presque à la même époque, en mai 1890, que RICHARD SCHMITZ (3), en Allemagne, exerçant dans une station thermale (Neuenhar) fréquentée par les diabétiques, publia son importante statistique portant sur 2.320 diabétiques et dans laquelle il dit avoir trouvé 26 cas de diabète conjugal; il nous en relate sept tout au long, choisis probablement parmi les

(1) DEBOVE, *loc. cit.*.

(2) In *séance du Congrès de Méd. Int. de Lyon*, 1894.

(3) R. SCHMITZ, *Meine Erfahrungen bei 600 Diabetikern*. (*Deuts. Méd. Wochens.*, 1890, n° 30).

plus suggestifs. Déjà en 1888 il avait colligé ses observations et noté 8 cas entre conjoints, ce qui l'engagea à rechercher dans la suite les autres cas qu'il devait publier deux ans plus tard. — Et, après s'être posé cette question : « le diabète est-il transmissible? », se basant sur ses faits cliniques, il répond par l'affirmative (1). Dans ce travail, SCHMITZ ne paraît pas avoir eu connaissance des travaux étrangers, notamment de ceux du professeur DEBOVE, en France.

Puis UNSCHULD (2) en signale un cas en 1894; HERTZKA (3), BENZLER (4), FRERICH (5), bien avant, en 1884 et 1885, avaient fait de même. LEGENDRE (6), dans son excellent article du *Traité de médecine*, en cite 3 cas appartenant à FOUQUET (du Caire) et l'on en trouve, éparses, 10 observations dans le *Traité de la glycosurie* de BOUCHARDAT (7). Enfin, c'est FUNARO qui, en 1895, publie ses 15 observations (8).

Tous ces faits ne se rapportaient qu'à des cas de contagion entre époux, c'est-à-dire chez des individus liés par des communautés multiples et contre

(1) R. SCHMITZ, Kann der Diabetes mellitus ubertragen werden? (*Berl. klin. Wochens.*, 1890, pp. 449-451.)

(2) UNSCHULD, Ueber ein bisher nicht gewurdigtes, etc. (*Berl. klin., Wochens.* 1894, n° 24, S., 649).

(3) HERTZKA, Die Zuckerharndruse Karlsbad in Nizza (1885, S., 45).

(4) BENZLER, Beiträge zur Frage, etc. (Inaugur. dissert. Berlin, 1884).

(5) FRERICH, Ueber den Diabetes. Berlin, 1884.

(6) LEGENDRE, *Traité de médecine* CHARCOT-BOUCHARDAT-BRISAUD, p. 378.

(7) BOUCHARDAT, De la glycosurie ou diabète sucré, Paris, 1875, p. 174.

(8) FUNARO, Il diabete in Tunisia, 1895.

lesquels les adversaires de la théorie contagieuse pouvaient opposer leurs réfutations habituelles.

C'est alors, en 1894, que le professeur J. TEISSIER (1) fit sa sensationnelle et probante communication; il cite des cas de contagion entre personnes étrangères, soit simplement par contacts répétés avec ces personnes, soit même pour avoir manipulé pendant un certain temps des objets de lingerie leur ayant appartenu et souillés par la salive ou l'urine de ces diabétiques.

C'est encore dans la discussion qui suivit cette communication contemporaine de celle du professeur DEBOVE, que CHARRIN (2) rapporta ses travaux faits en collaboration avec P. CARNOT, démontrant la possibilité de la production artificielle d'une pancréatite infectieuse expérimentale, cause du diabète, par un mode d'infection susceptible de se réaliser spontanément dans la pratique.

Puis, en 1895, MARIE (3), dans une leçon clinique célèbre faite à l'Hôtel-Dieu, relate très complètement un cas de diabète conjugal et l'encadre d'intéressantes réflexions sur la théorie de la contagion, encore relativement récente à cette époque; il se déclare partisan de cette théorie et pense que « le dossier du diabète conjugal est déjà assez chargé

(1) J. TEISSIER, *Compte-rendu du Congrès de méd. int. de Lyon*, 1894, p. 90.

(2) CHARRIN et CARNOT, *loco citato*.

(3) MARIE, *Sem. médicale*, 1895, p. 529.

pour qu'on puisse lui refuser une existence propre ».

En juillet 1896, les Dr OPPHER et KULTZ (1), exerçant dans une station thermale où l'on traite les diabétiques (Carlsbad), publient deux mémoires sur ce sujet; dans le premier, ces auteurs disent avoir observé 67 fois le diabète conjugal. Ils nous en rapportent 10 observations très démonstratives et fort soigneusement prises et 5 autres moins complètes; quelque temps après, parut le second mémoire dans lequel figurent les 9 observations dues à SÉNATOR (2).

Puis, paraissent successivement en 1897 et 1898 les observations du professeur BOUCHARD (3), de LAGRANGE (4) (de Vichy), BARTHÉLEMY (5), DUFOUT (6) (de Fécamp), LAUNOIS, BOISUMEAU (7), et LEDIEU (8).

C'est encore en 1898 que TALAMON (9) rapporta ses deux observations de « diabète domestique », de même nature et non moins probantes que celles de J. TEISSIER. Enfin, tout récemment, parurent l'observa-

(1) OPPHER et KULTZ, Ueber das Vorkommen von Diabetes mellitus bei Ehegatten (*Berl. klin. Wochens.*, 7 juil. 1896, xxxvi, 583).

(2) SÉNATOR, in OPPHER et KULTZ.

(3, 4, 5) BOUCHARD, LAGRANGE, BARTHÉLEMY, in Thèse BOISUMEAU. Paris, 1897.

(6) DUFOUT, *Normandie médicale*, 1898, pp. 69-72.

(7) BOISUMEAU, thèse Paris, 1897.

(8) LEDIEU (R.), thèse Paris, 1898.

(9) TALAMON, *Méd. moderne*, 1898, p. 470.

tion du D^r MARTINET (1) et le livre du D^r GUYOT (2) dans lequel nous avons puisé de précieux enseignements.

A cet ensemble déjà imposant, viennent s'ajouter les 33 observations inédites que nous apportons, savoir : 17 du D^r DÉLÉAGE (de Vichy), 9 du D^r DUFOUR (de Vichy), 4 du D^r MARTINET (de Paris), une du D^r MAIRE-AMÉRO et enfin une qui nous est personnelle.

En outre, nous rapportons différentes statistiques inédites, entre autres celles des D^{rs} DURAND-FARDEL et DÉLÉAGE.

Tel est, par ordre chronologique, l'historique des faits qui constituent l'histoire clinique des diabètes conjugaux et domestiques.

Nous avons essayé de réunir dans le tableau suivant les noms des observateurs de ces différents cas, en mettant en regard le nombre des observations qu'ils ont apportées.

TABLEAU DES CAS PUBLIÉS DE DIABÈTE PAR CONTAGION

Observateurs	Nombre de cas	Observateurs	Nombre de cas
Reil.....	1	Gaucher.....	2
Betz.....	1	Letulle.....	2
Ebstein.....	1	Ledieu.....	2
Hertzka.....	1	Launois.....	2

(1) MARTINET (A.), *Presse médicale*, 1904, n° 12.

(2) GUYOT (Th.), *L'Arthritisme, maladie générale, microbienne et transmissible*, 1904.

Benzler.....	1	Talamon.....	2
Unschuld.....	1	Frerichs.....	3
Lagrange.....	1	Seegen.....	3
Bouchard.....	1	Fouquet (du Caire).....	3
Boisumeau.....	1	Teissier (de Lyon).....	5
Marie.....	1	Martinet (A.).....	5
Barthèlemv.....	1	Debove.....	6
Dreyfous.....	1	Lécorché.....	6
E. Labbé.....	1	Sénator.....	9
Rendu.....	1	Dufour (de Vichy).....	9
De Lalaubie.....	1	Bouchardat.....	10
Dufourt (de Fécamp).....	1	Funaro.....	15
Hutinet.....	1	Opffer et Kultz.....	15
Maire-Améro.....	1	Déléage.....	17
Gouraud.....	1	Schmitz.....	26
		Total :	161

Féréol : un certain nombre de cas.

Nous ne nous dissimulons pas que ce tableau est très incomplet et que ces 161 cas ne représentent qu'une partie très minime de ceux qui existent. Dans nos recherches à Vichy, nous avons pu constater que chaque praticien de cette station thermale en avait observé un chiffre oscillant entre 4 et 25 cas; si nous prenions seulement une moyenne de 10 cas pour chacun d'eux et si nous multiplions par 74, nombre des médecins consultants, nous arriverions à un chiffre énorme. On pourrait répéter cette expérience pour Carlsbad, Marienbad, Neuenhar, etc., et en général pour toutes les villes où l'on traite les diabéti-

ques. Si de plus, on ajoute à ces faits, ceux qui ont été observés par les praticiens non spécialisés (1) et qu'on tienne compte des cas passés inaperçus, les plus nombreux peut-être, on comprendra facilement que ce chiffre de 161 est de beaucoup inférieur à la réalité.

D'ailleurs les renseignements qui nous ont permis de l'établir sont déjà anciens et par cela même incomplets; c'est ainsi que LAGRANGE (2), qui, dans ce tableau, figure seulement pour un cas, nous a dit en avoir observé plusieurs depuis, et, entre autres, un tout récent qui l'a particulièrement frappé. C'est encore MARIE (3), qui, tout récemment, nous écrit ces quelques lignes : « En rassemblant mes souvenirs, je re trouve deux autres ménages diabétiques, mais malheureusement je n'ai conservé aucun souvenir *écrit* de ces cas. »

Mêmes réflexions pour le professeur J. TEISSIER (4) (de Lyon), qui n'y figure que pour 5 cas et qui, en ce mois de juin, veut bien nous écrire : « Je possède des notes et des observations importantes qu'il serait utile de compiler, car, depuis 1894, *j'ai recueilli de nombreux faits*, propres à confirmer dans mon esprit cette idée de la contagion du diabète. Je regrette inli-

(1) Le D^r MARTINET, par exemple, qui en observe 5 cas en une seule année.

(2) LAGRANGE, Communication verbale, juin 1904, Vichy.

(3) MARIE, Lettre personnelle en date du 21 juin 1904.

(4) J. TEISSIER, Lettre personnelle en date du 14 juin 1904.

niment que le temps me manque pour faire cette recherche. » Enfin le Dr DURAND-FARDEL (1) se livre pour nous à quelques investigations dans ses notes de 2 années seulement (1902 et 1903), et en trouve 6 cas, alors qu'à la même époque le Dr AUDHOUT (2) nous en communique 3 observations (3).

Nous bornons là cette énumération, ces quelques exemples étant suffisants, à notre avis, pour prouver l'existence de nombreux faits ignorés et nous ne pouvons mieux faire que de souhaiter que ne reste pas sans effet cette supplique de Rémond :

« Que les praticiens recherchent les coïncidences dans leur clientèle, que l'on essaye par le groupement des statistiques particulières d'apprécier la valeur des chiffres apportés par chacun (4). »

Un *pourcentage* exact est-il possible? Actuellement, nous le croyons au moins très difficile et cela pour plusieurs raisons. d'abord, parce que, sauf pour les statistiques de SCHMITZ et de quelques rares auteurs, le diabète n'a pas été recherché systématiquement chez l'autre conjoint et que, de ce fait, un grand nombre de cas ont pu et dû passer inaperçus; ensuite parce que, parmi les cas observés, relativement peu sont publiés, la plupart des praticiens non prévenus n'attachant que la faible importance d'une coïnci-

(1) DURAND-FARDEL, Lettre personnelle en date du 23 juin 1904.

(2) AUDHOUT, Lettre personnelle en date du 22 juin 1904.

(3) Ce qui porte à 171 au minimum le nombre des cas signalés.

(4) RÉMOND, *Gaz. des Hôpitaux*, 1890, n° 70, p. 644.

dence aux cas de ce genre qu'ils peuvent rencontrer dans leur clientèle. Enfin, certains auteurs nous donnent leurs observations de diabète conjugal, sans nous indiquer le nombre total des diabétiques qu'ils ont observés.

Avec les quelques chiffres que nous possédons, nous arrivons à des écarts énormes et certainement non conformes à la réalité habituelle; ainsi, par exemple, prenant la statistique du Professeur DEBOVE, nous y trouvons 6 cas de diabète conjugal pour 50 diabétiques, soit la proportion considérable de 12 pour cent, sans cependant qu'il y eût de recherches systématiquement dirigées de ce côté.

D'autre part, voyons celle de SCHMITZ qui, lui, a recherché soigneusement le sucre chez le conjoint de tout diabétique qu'il traitait, et nous constatons que, 26 fois seulement, il le trouva atteint sur le nombre important de 2320 diabétiques observés, c'est-à-dire dans la proportion relativement faible, surtout si on la compare à celle qui précède, de 1, 12 p. 100.

Voici néanmoins, à titre de document et sans grande valeur démonstrative, à cause des restrictions que nous avons faites ci-dessus, la statistique proportionnelle connue des différents auteurs :

STATISTIQUE PROPORTIONNELLE

1. Seegen a observé la glycosurie					
conjugale	3 fois sur	938 diabétiques,	soit	0,3198 %	
2. Kultz	— 10 —	900	—	1,1111	
3. Schmitz	— 26 —	2320	—	1,120	
4. Hertzka	— 1 —	86	—	1,162	
5. Senator	— 9 —	770	—	1,1688	
6. Beltz	— 1 —	32	—	3,1249	
7. Durand-Fardel	6 —	182	—	3,296	
8. Deléage	— 17 —	478	—	3,557	
9. Lécorché	— 6 —	104	—	5,263	
10. Funaro	— 15 —	127	—	11,8111	
11. Debove	— 6 —	50	—	12.	
Totaux :		100	5987	1,670	‰

Nous voyons que la moyenne ainsi obtenue nous donne 100 cas de diabète conjugal sur 5,987 diabétiques observés, soit le chiffre assez faible de 1,670 p. 100. Entre SEEGEN avec 0,31 0/0 et DEBOVE avec 12 0/0, l'écart est considérable.

Mais il y a dans ces calculs un point défectueux, c'est que le nombre des diabètes conjugaux est pourcenté sur le nombre total des diabétiques observés, même célibataires, alors qu'il devrait l'être seulement sur le nombre des diabétiques mariés.

Pour cela, il suffirait de faire des statistiques analogues à celles que DURAND-FARDEL et DELÉAGE ont bien voulu dresser pour nous, en compulsant

leurs observations et qui ont donné les résultats suivants :

STATISTIQUE DU D^r DURAND-FARDEL

En 1902, sur 89 cas de diabète		En 1903, sur 93 cas de diabète	
Inconnus	6	Inconnus.....	16
Célibataires.	31	Célibataires.....	30
Mariés indemnes....	49	Mariés indemnes....	46
Diabètes conjugaux..	5	Diabète conjugal....	1

Le D^r DURAND-FARDEL fait précéder cette statistique par ces quelques renseignements à son sujet :
 « Je viens de relever rapidement à votre intention les cas de diabète que j'ai eu l'occasion de soigner à Vichy depuis 2 ans ; je les ai rangés en 4 classes :

« 1^o Ceux dont j'ignore les tenants et les aboutissants : *inconnus* ;

« 2^o Ceux qui sont *célibataires* ;

« 3^o Ceux qui sont *mariés* et dont le conjoint est sûrement indemne ;

« 4^o Ceux qui sont diabétiques *conjugalement* (1). »

STATISTIQUE DU D^r DELÉAGE (2)

Sur 505 observations

Diabétiques			Glycosuriques		
mariés	hommes...	283	mariés	hommes. .	4
	femmes...	132		femmes...	3
célibataires	hommes...	48	célibataires	hommes...	2
	femmes...	6		femmes...	0

Diabètes conjugaux : 17.

(1) DURAND-FARDEL, Lettre personnelle en date du 23 juin 1904.

(2) DELÉAGE, Entrevue particulière, juin 1904.

Le pourcentage de ces 17 cas de diabète conjugal devrait être établi, non pas sur 505, nombre total des diabétiques, mais bien sur 439, nombre total des *diabétiques mariés*.

De même, pour la statistique du Dr DURAND-FARDEL, c'est non pas sur 184, mais seulement sur 101, qu'il faudrait établir les chiffres proportionnels.

On a pu remarquer que le Dr DELEAGE a fait une distinction entre les glycosuriques et les diabétiques. Cette distinction est peut-être un peu hasardée, car « qui nous dira où commence la seconde de ces affections et où finit la première (1) » ? « La glycosurie passagère n'offre de réelle différence avec le diabète que par son intermittence, due vraisemblablement au peu de durée et d'intensité des lésions matérielles ou fonctionnelles en tout semblables, quant au mécanisme pathogénique, sauf leur peu de durée et d'intensité, à celles plus durables et plus fixes qui produisent ce qu'on appelle le diabète vrai permanent (2). »

Nous allons examiner maintenant quelques particularités du diabète transmis et voir si l'on peut en tirer des conclusions intéressantes au point de vue de l'apparition et de l'évolution de ce type morbide.

Sans nous dissimuler que ces recherches, comme les précédentes, sont rendues difficiles par le

(1) MARIE, *Sem. méd.* 1895, p. 529.

(2) GUYOT, *loco citato*.

OBSERVATEURS	Observations	DISTANCE entre la date d'apparition des 2 diabètes	Sexe du conjoint atteint le 2 ^e ou contaminé	Date de l'apparition du diabète dans la vie conjugale ou vie commune chez l'		Âge des conjoints ou des con- jugées étrangers à l'époque de leur maladie	
				Homme	Femme	Homme	Femme
Oppher et Kultz	IV	contemporain	contemporain	?	?	44 ans	40 ans
»	VII	id.	id.	27 ans	?	67 ans	45 ans
»	VIII	id.	id.	?	?	?	?
Schmitz	VI	5 mois	femme	?	?	?	25 ans
Teissier	I	6 mois	id.	?	6 mois	?	60 ans
»	II	6 mois	id.	?	6 mois	?	?
Oppher et Kultz	II	6 mois	homme	?	25 ans 1/2	?	?
Schmitz	IV	1 an	?	26 ans	?	53 ans	51 ans
»	V	1 an	?	?	?	?	?
»	I	1 an	?	?	?	?	?
Oppher et Kultz	I	1 an	homme	24 ans	23 ans	51 ans	45 ans
Marie	I	1 an	femme	?	?	61 ans	56 ans
Martinet	I	1 an	id.	19 ans	20 ans	43 ans	40 ans
Schmitz	I	15 mois 1/2	id.	5 ans	6 ans	?	?
»	II	2 ans	homme	2 ans	antérieure	36 ans	36 ans
Senator	VIII	2 ans	id.	?	?	76 ans	?
Maire-Amero	I	2 ans	id.	2 ans	?	51 ans	?
Hutinet	I	3 ans	femme	1 an	4 ans	34 ans	28 ans
Senator	VI	3 ans	id.	?	?	?	?
Barthélemy	I	3 ans	homme	?	?	?	43 ans
Schmitz	III	5 ans	?	?	?	50 ans	45 ans
»	V	5 ans	femme	?	?	63 ans	68 ans
Oppher et Kultz	VII	5 ans	id.	25 ans	30 ans	54 ans	48 ans
»	IX	5 ans	homme	?	?	50 ans	48 ans
»	V	5 ans	femme	26 ans	31 ans	50 ans	48 ans
Boisumeau	IX	6 ans	homme	?	?	53 ans	54 ans
Teissier	X	6 ans	femme	?	?	?	?
Oppher et Kultz	X	8 ans 1/2	id.	27 ans	33 ans	52 ans	53 ans
Senator	II	9 ans	id.	?	?	52 ans 1/2	53 ans
Oppher et Kultz	VI	10 ans	id.	?	?	31 ans	38 ans
Teissier	III	10 ans	id.	?	?	?	?
Launois	I	11 ans	id.	?	?	54 ans	49 ans
Senator	I	11 ans	id.	?	?	?	43 ans
»	IV	11 ans	id.	?	?	?	63 ans
»	IV	16 ans	homme	?	?	66 ans	39 ans
»	IX	4 ans	Contemp. 3.	16 ans 1/2	18 ans	52 ans	47 ans
Moyennes			Fem. 18. Hom. 9				

caractère souvent incomplet des observations, nous avons néanmoins synthétisé, dans le tableau ci-contre, les points intéressants de l'étude clinique des diabètes conjugal et domestique.

Si nous examinons la première colonne, nous y voyons noté le *laps de temps écoulé entre la constatation des deux diabètes*, constatation qui, dans la majorité des cas, correspond vraisemblablement à la date de leur apparition. Un simple coup d'œil nous permettra de remarquer qu'il n'y a rien de constant ni de précis à cet égard. Entre les cas extrêmes où, d'une part, les diabètes sont contemporains (OPPER et KULTZ, obs. IV, etc.) et d'autre part où leur apparition n'a été constatée qu'à 16 ans d'intervalle (SENATOR, obs. IX), on trouve tous les intermédiaires. C'était là un point intéressant à établir et digne d'être recherché, car ce laps de temps représente très vraisemblablement ce que l'on pourrait appeler *l'incubation* du diabète transmis et nous arrivons par cette courte étude à constater que, quoique de durée éminemment variable, la contagion peut cependant se faire très rapidement (6 mois). Dans un ordre d'idées inverse, on note également des cas où le diabète n'est apparu chez le deuxième conjoint qu'un certain temps après la mort du premier (1); ici nous croyons qu'il faut faire intervenir la latence extrême de certains diabètes, signalée par la plupart

(1) Six ans dans l'observation IV bis de SENATOR.

des auteurs (MARIE, LAGRANGE, TEISSIER, etc.). Le Dr CORNILLON fait à ce sujet l'intéressante remarque suivante : « On ne songe pas toujours à examiner l'urine de la femme ; ce n'est que plusieurs années après le décès du malade qu'on est amené ordinairement à pratiquer cet examen. Si on y découvre du sucre en certaine proportion, on n'est pas autorisé pour cela à croire que le deuxième époux *n'était diabétique que du jour où l'on a fait cette découverte*. Après interrogatoire minutieux, on ne tarde pas, en effet, à s'apercevoir que les malaises dont il se plaint *datent du décès de son conjoint* (1). »

Dans la deuxième colonne du même tableau, nous lisons le sexe du conjoint atteint le dernier et que l'on peut considérer comme contaminé par le premier. Nous y voyons que, rarement contemporains (3 fois sur 30), le contagionné est parfois l'homme (9 fois sur 30) et beaucoup plus souvent la femme (18 fois sur 30). Ce résultat concorde bien avec ce que nous écrit le professeur J. TEISSIER. « En général, c'est le mari qui commence, mais, dans un certain nombre de cas, c'est lui qui suit (2). » Si l'on examine les autres observations, trop peu précises en ce qui concerne les dates pour que les résultats en fussent inscrits dans ce tableau, on arrive à des conclusions identiques.

Dans la troisième colonne, nous avons noté l'épo-

(1) CORNILLON, *Progrès méd.* Paris, 1898, p. 119.

(2) J. TEISSIER, Lettre personnelle en date du 14 juin 1904.

que de l'apparition des diabètes dans la vie conjugale ou, pour les étrangers, dans la vie commune. Quoique la date du mariage soit assez rarement indiquée dans les observations, nous avons réuni suffisamment de chiffres pour que l'on puisse constater que la maladie n'apparaît en général qu'après un temps assez long de vie commune : la moyenne est en effet de 18 ans pour les femmes et de 16 ans et demi pour les hommes. Cette petite différence en faveur de la femme s'explique bien par le fait que nous avons constaté ci-dessus, à savoir que l'homme était le plus souvent diabétique le premier. Ce ne sont évidemment là que des moyennes, il y a des exceptions qu'elles pourraient ne pas faire prévoir si on s'en tenait uniquement à elles, sans avoir soin d'examiner les faits particuliers sur lesquels elles reposent, témoin le cas où une femme diabétique se remarie et contagionne son second mari au bout de deux ans (1), et, davantage encore, les observations où la contamination s'est effectuée en 6 mois (2). Inversement, le Professeur BOUCHARD va jusqu'à admettre la contamination d'une malade diabétique, remontant à 27 ans au minimum !

Enfin, une dernière colonne contient les âges respectifs des conjoints au moment où, chez chacun d'eux, le diabète a été constaté. La moyenne obtenue

(1) SCHMITZ, *Observation II bis*.

(2) J. TEISSIER, *Observations I et II*.

est de 52 ans pour les hommes et de 47 ans pour les femmes. Cet âge relativement avancé s'explique bien par ce fait que le diabète dit arthritique est une maladie de l'âge mûr, de même que la constatation précédente, à savoir le temps prolongé de vie commune qui s'écoule avant l'apparition du diabète chez les conjoints.

De ces constatations, il résulte donc les quatre points suivants :

1° *Le laps de temps (incubation) écoulé entre l'apparition des deux diabètes est éminemment variable (contemporain à 16 ans);*

2° *Le diabète apparaît dans la majorité des cas chez l'homme en premier (21 fois sur 30);*

3° *Le diabète ne s'observe chez les conjoints qu'après une vie commune prolongée (17 ans en moyenne);*

4° *Les conjoints frappés le sont à l'âge mûr (50 ans en moyenne).*

Certains auteurs signalent encore les deux faits suivants :

1° Le diabète est plus fréquent chez les gens mariés que chez les célibataires; la contagion pourrait bien être pour quelque chose dans cette augmentation de fréquence;

2° Le diabète conjugal est surtout observé chez les Israélites.

Nous nous empressons de dire que nous jugeons ces deux points sans grande importance; la fré-

quence plus grande du diabète chez les gens mariés s'explique facilement parce que les gens mariés sont beaucoup plus nombreux que les célibataires *à l'âge mûr*, or, c'est précisément cette époque de la vie qu'affectionne le diabète.

Quant à la fréquence des diabètes conjugaux dans les ménages israélites, nous pouvons l'expliquer par ce fait que les israélites fournissent un contingent *énorme* de diabétiques. En effet, si l'on tient compte du nombre relativement restreint des juifs par rapport à la masse de la nation, on est étonné des chiffres des auteurs; c'est ainsi que SEEGEN donne le chiffre colossal de 36 israélites sur 140 diabétiques et que GRUBE, sur 177 diabétiques, a compté 22 israélites, soit à peu près $1/8$ des cas.

Cependant, malgré que l'on doive considérer ces chiffres comme exagérés par ce qu'ils ont été relevés dans des stations thermales et que la part n'a pas été faite de la facilité à se déplacer qu'ont les individus de telle ou telle race, ainsi que de leurs conditions de fortune et de leurs tendances plus ou moins grandes à se soigner, on doit constater que les diabètes conjugaux chez les israélites sont plus fréquents que ne devraient le faire supposer ces chiffres élevés. En effet en réunissant les statistiques de ces deux auteurs, les plus élevées du genre, on arrive à une moyenne de 18 0 0, alors que, dans les diabètes conjugaux, un tiers au moins des cas se

rapporte à des israélites. Pour expliquer cette constatation, nous serons tentés d'admettre que, outre que, le plus souvent citadins, exerçant des professions sédentaires, et amateurs de bonne chère, ils sont par cela même candidats tout désignés au diabète, le fait qu'ils se marient surtout entre eux a une grande importance et que la *consanguinité*, plus ou moins éloignée mais réelle, qui en résulte, expliquerait assez bien la fréquence des diabètes conjugaux chez les représentants de la race juive.

Quelques points restent encore à élucider; et tout d'abord le diabète transmis a-t-il une physionomie clinique spéciale qui permette jusqu'à un certain point de le différencier des autres formes de cette maladie? Nous croyons avoir répondu suffisamment à cette question dans notre chapitre VI.

Mais nous n'avons pas encore parlé de la quantité de sucre notée chez les différents conjoints diabétiques; elle ne présente rien de spécial et est variable suivant les individus et les moments. Voici ce que pense à ce sujet le Dr CORMILLON : « Je n'ai jamais constaté la même proportion de glycose chez les deux conjoints. Constamment, il y avait ici une dose moyenne ou élevée, et, là, elle était faible (1). »

Il a eu l'occasion de constater parfois des complications du diabète analogues chez les deux époux; c'est

(1) CORMILLON, *loco citato*.

ainsi que, dans un cas, il a observé une névralgie faciale rebelle chez l'un et une sciatique tenace chez l'autre.

Enfin nous terminerons ce chapitre par la question suivante : par quel mécanisme est-on amené à découvrir le diabète conjugal ? A notre avis, de trois façons : — Le plus souvent, par hasard : par une circonstance fortuite ou à l'occasion d'une autre maladie, on découvre une glycosurie latente. LAGRANGE croit à l'extrême fréquence des glycosuries latentes : « Le fait d'être mari ou femme d'un sujet diabétique peut être une raison non pour constater le diabète, mais pour découvrir qu'on l'a (1). » MARIE partage aussi cette opinion.

Comme exemple de découvertes de diabète dues au hasard, on peut citer les analyses d'urine d'un conjoint autre que celui en traitement, par le médecin ou pharmacien, soit par erreur, soit dans un but de contrôle de la part du malade (2). D'autres fois, c'est par crainte de la contagion que le conjoint supposé indemne est amené à solliciter l'examen de ses urines. « Est-ce que le diabète se communique ? » est une question que l'on trouve fréquemment posée par les malades vivant en commun avec des diabétiques et qui soupçonnent la contagion dont ils sont victimes (3). D'ailleurs, ces malades, ayant cons-

(1) LAGRANGE, *in* thèse de LEDIEU, Paris, 1898.

(2) DEBOVE, observation I. Labbé, *idem*.

(3) Observations LAGRANGE, MAIRE-AMÉRO, LAUNOIS, etc.

tamment sous les yeux l'évolution d'une maladie assez typique dans ses manifestations, peuvent en déceler chez eux les premiers symptômes qu'ils eussent ignorés sans cet exemple qui est, en quelque sorte, l'occasion de leur découverte.

Enfin, un troisième mode, le plus rare de tous à notre avis, est celui qui amène la connaissance du diabète par un médecin qui pratique d'ordinaire l'analyse systématique de l'urine de tous ses clients, ou qui, instruit par un cas récent de contagion, recherche en curieux le diabète dans l'entourage du malade confié à ses soins.

Quel que soit le mode que l'on envisage, on est en droit d'affirmer qu'un grand nombre de cas de diabète conjugal passent inaperçus ou que la glycosurie du deuxième conjoint, décelée tardivement, n'est souvent pas rapportée à sa véritable cause.

Nous allons maintenant reproduire les observations qui ont servi de base à cette étude de la contagion du diabète.

Peut-être dans ces quelques chapitres pourrait-on nous reprocher d'avoir un peu abusé des citations. Il eût été cependant facile, et peut-être plus politique, de faire nôtres bien des idées exprimées par nos Maîtres; nous avons pensé qu'il était préférable de laisser à ces opinions toute l'autorité que leur conférait la notoriété scientifique de leurs auteurs et que les idées qu'ils ont écrites trouveraient plus facilement

créance que celles que nous aurions pu nous assimiler personnellement. De plus, cette variété innombrable de citations a l'avantage de prouver l'extension considérable qu'a prise la théorie de la contagion du diabète et l'absence complète de tout parti-pris de notre part dans la question que nous avons traitée.

CHAPITRE IX

Observations de Diabète domestique.

Nous avons réuni sous cette dénomination, empruntée à Talamon, les cas de contagion entre personnes étrangères l'une à l'autre rapportés par les auteurs (1).

OBSERVATIONS DE J. TEISSIER (de Lyon).

OBSERVATION I. — Une femme de soixante deux ans, entrée il y a quelques mois dans mon service, fut atteinte il y a deux ans de diabète sucré, dans les conditions que voici : elle était blanchisseuse et s'était toujours admirablement bien portée ; elle a eu six enfants jouissant d'une excellente santé et son mari est robuste. Or, en 1892, alors que *depuis six mois elle lavait le linge d'un malade atteint de diabète sucré très prononcé*, ainsi que celui de sa fillette atteinte de la même maladie, elle remarqua que ses chemises étaient comme empesées, à l'instar de celles qui lui étaient confiées pour le blanchissage ; en même temps, elle

(1) FRERICHs semble le premier, en 1885, avoir attiré l'attention sur les faits de ce genre.

éprouvait de la lassitude, une extrême sécheresse de la bouche, etc. Comme elle commençait à maigrir, elle consulta un médecin qui découvrit du sucre dans son urine et lui conseilla de cesser son métier. Au bout de trois mois de repos et d'un traitement approprié, le sucre avait disparu. Au printemps de cette année, sous l'influence d'une émotion violente, la glycosurie se reproduisit de nouveau, et la malade dut entrer à l'Hôtel-Dieu avec les accidents généraux du diabète. Mais cette seconde poussée ne fut que transitoire et la malade put quitter nos salles dans un état satisfaisant et sans qu'elle présentât de sucre dans l'urine.

OBSERVATION II. — L'observation suivante nous paraît plus probante encore :

Il s'agit d'un homme dont la mère a été affectée pendant vingt ans de diabète sucré; lui-même est très arthritique, une de ses sœurs est atteinte de goitre exophtalmique, une autre a de la dilatation de l'estomac avec congestion du foie, un frère souffre d'un psoriasis lingual rebelle. L'année dernière, à la suite de soucis d'affaires et de préoccupations incessantes, cet homme se plaint d'une lassitude extrême avec sécheresse de la langue, polyurie, polydipsie, tremblement généralisé; l'analyse de l'urine révèle une glycosurie intense. Au bout de six mois, la cuisinière de la maison, une femme robuste de soixante ans, qui n'avait jamais été malade en dehors de quelques poussées de bronchite catarrhale pendant les hivers, se plaint des mêmes symptômes (lassitude, bouche très sèche, amaigrissement des forces, amaigrissement, etc.); un examen d'urine pratiqué à ce moment décèle la présence d'une glycosurie prononcée. Or, point essentiel, sur lequel nous reviendrons, en interrogeant soigneusement cette malade, on finit par apprendre qu'en plus de son travail quotidien

elle est spécialement chargée de laver les mouchoirs de poche du maître de la maison.

OBSERVATION III. — Mais là ne s'arrête pas l'intérêt de l'observation : en septembre dernier, le hasard amène dans mon service une femme de cinquante ans, accusant un amaigrissement extrême, des troubles digestifs, de la soif, avec langue râpeuse, etc., elle exerce le métier de lingère et va précisément depuis plus de dix ans dans la maison du malade dont je viens de parler pour *raccommo-der le linge et assister la cuisinière*. Elle aussi est devenue glycosurique, bien que nous ne rencontrions le sucre que dans les urines du milieu de la journée.

OBSERVATIONS IV et V. — Nous pourrions citer encore quelques faits analogues : ici c'est un cocher manifestement diabétique, remplissant parfois l'office de valet de chambre servant à table et dont le maître prend un anthrax de la face et devient passagèrement diabétique ; là, c'est un restaurateur vivant à la table d'une belle-sœur diabétique et devenant lui-même glycosurique au bout de six ans.

Faut-il voir dans ces faits de simples coïncidences, ou bien faut-il les envisager comme des cas de contagion avérés et attribuables à la transmission du sujet malade à l'homme sain, d'éléments pathogènes susceptibles de sécréter certains ferments aptes à transformer le glycogène dans le sang du sujet infecté ? Sans nous dissimuler que toutes ces observations cliniques, quelles qu'elles soient, ont toujours quelque côté par où elles sont accessibles à la critique, une pareille conception ne paraît point invraisemblable.

On trouvera au chapitre VII les commentaires relatifs à ces observations, le professeur J. TEISSIER

ayant bien voulu nous écrire ce que sont devenus ces malades depuis 1894 jusqu'à 1904.

Le Docteur LINOSSIER (1) nous écrit une longue lettre dans laquelle nous relevons le passage suivant : « TEISSIER n'est-il pas allé jusqu'à conclure à la contagion, parce qu'il a constaté le diabète chez une blanchisseuse qui lavait le linge d'un diabétique ! C'est de l'enfantillage. A ce titre, toutes les blanchisseuses de Vichy devraient être diabétiques à la fin de la saison. » Nous répondrons à cette objection par le fait suivant : nous avons observé, en 1900, pendant notre service militaire, un village de 500 âmes des environs de Verdun dans lequel plus d'un tiers des habitants, nous ignorons pour quelle raison, était tuberculeux. Ces malades se trouvaient habiter pour la plupart à l'extrémité du village et 2 femmes lavaient à la rivière, l'une depuis 7 ans, l'autre depuis 9 ans, les linges non désinfectés de ces malades. Ni l'une ni l'autre n'étaient cependant tuberculeuses ; doit-on en conclure que la tuberculose n'est pas contagieuse ?

OBSERVATIONS DE TALAMON

OBSERVATION I. — Un de nos clients, âgé de 70 ans, était atteint de diabète depuis l'âge de 40 ans. A cette époque, disait-il, il avait eu des accidents assez graves, avec polyurie abondante, glycosurie s'élevant à 60 et 80 gr. de sucre

(1) LINOSSIER, Lettre personnelle en date du 26 juin 1904.

par litre, amaigrissement, accidents qui avaient nécessité plusieurs cures à Vichy et qui s'étaient terminés par une cataracte de l'œil droit. Depuis lors, grâce à un régime sévère et à une hygiène méticuleuse, il vivait en bonne intelligence avec son diabète. Pendant 12 ans que je l'ai suivi, jamais je n'ai constaté la moindre complication imputable au diabète ; la quantité de sucre, qu'il dosait lui-même chaque jour, oscillait autour de 10 gr. par litre, avec 1.800 à 2.000 cent. cubes d'urine par 24 heures et ne dépassait jamais 30 gr. par 1.000 dans les périodes d'exacerbation qui se produisaient parfois à l'occasion de quelque vice de régime ou de contrariété. Il est mort, il y a 20 ans, d'une hémorragie cérébrale.

Ce client avait depuis 20 ans à son service un valet de chambre très dévoué qui ne le quittait jamais. En octobre 1893, cet homme vint me consulter racontant que, depuis 2 mois, il maigrissait, perdait ses forces, son appétit et son sommeil, avait une soif incessante, urinait beaucoup. Ces symptômes avaient débuté en même temps que des démangeaisons partout le corps, accompagnées d'une éruption ortiée qui apparaissait surtout la nuit et disparaissait en partie le jour. Je dirai tout de suite que la quantité des urines recueillies en 24 heures s'élevait à 4 litres, avec une densité de 1.035 et 50 gr. de sucre par litre.

Le sujet, âgé de 50 ans, est un homme très vigoureux qui n'a jamais fait aucune maladie. Il ne connaît pas de diabétique dans sa famille ; son père est mort à 80 ans. Aucun symptôme de goutte ou de rhumatisme. Depuis 3 à 4 ans, tracas de famille ; son fils lui a donné beaucoup de soucis, « a mal tourné ». Depuis 2 ans déjà, il a remarqué qu'il avait la bouche très sèche et souvent soif ; mais le besoin de boire et d'uriner la nuit ne date que de deux mois.

Je ne suivrai pas les péripéties de la maladie et du traitement; qu'il me suffise de dire que cette poussée de diabète fut très longue et très sérieuse, caractérisée surtout par des troubles nerveux très marqués, avec phénomènes de névrite sensitivo-motrice des deux membres inférieurs, abolition des réflexes rotuliens, etc., sans que, toutefois, la quantité de sucre dépassât le taux initial de 50 gr. par litre. Bref ce ne fut qu'au bout de 9 mois qu'une amélioration persistante se dessina: en juin 1894, la quantité d'urine était tombée à 2 litres et demi, avec une densité de 1.022 et 9 gr. de sucre par litre.

Depuis lors, j'ai revu souvent le malade; la glycosurie est restée stationnaire, entre 5 et 10 gr. par litre; mais il ne présente aucun autre symptôme morbide, car il observe fidèlement le régime mitigé qu'il a vu suivre si longtemps à son maître.

Voilà un cas de diabète domestique type. On ne peut invoquer ici que la coïncidence fortuite, ou la contagion. La communauté d'alimentation ne saurait être incriminée, puisque l'alimentation du maître était le régime anti-diabétique scrupuleusement suivi depuis 30 ans. Le sujet n'était pas goutteux et il n'y avait pas d'hérédité familiale. La seule étiologie appréciable était l'ébranlement nerveux dû à des soucis de famille. Mais le choc nerveux est-il la cause déterminante, ou seulement la cause occasionnelle du diabète?

OBSERVATION II. — Je citerai encore cette autre observation. J'ai été consulté, en 1892, par un homme de 56 ans qui présentait les signes d'un diabète de moyenne intensité, 30 gr. de sucre par litre, avec 3 litres d'urine en moyenne par 24 heures. La présence du sucre dans l'urine avait été constatée, pour la première fois, 7 ans auparavant. A cet époque, cet homme était maître d'hôtel depuis

10 ans chez une dame atteinte elle-même depuis longtemps de diabète sucré. Les premiers symptômes furent une grande faiblesse avec impotence génitale, une soif continue et des envies d'uriner incessantes. Il consulta un pharmacien qui analysa ses urines, lui dit qu'il était diabétique et lui prescrivit un régime et diverses poudres et pilules « Vous avez pris la maladie de votre patronne », ajouta le pharmacien en plaisantant.

OBSERVATION DU D^r LAUNOIS

Le D^r LAUNOIS cite le cas d'un vieux valet de chambre attaché depuis de longues années à la personne d'un maître diabétique.

Le domestique, entaché d'arthritisme, était atteint de glycosurie; celle-ci ne fut que passagère, car un traitement de quelques semaines finit par la faire disparaître.

OBSERVATIONS DE G. FUNARO

G. FUNARO, dans son étude (*Il diabete in Tunisia*), sur 127 cas, rapporte 10 cas de diabète conjugal et 5 autres cas chez des personnes vivant avec des diabétiques (dont deux chez des domestiques).

OBSERVATION DE SCHMITZ

Pourrait encore rentrer dans ce chapitre l'observation VI de SCHMITZ, où nous voyons une jeune femme être contaminée par son amie.

CHAPITRE X

Observations de Diabète conjugal.

OBSERVATIONS DU PROFESSEUR DEBOVE

I. — Il y a quelques années je vis un malade dont je n'aurais probablement aucun souvenir, sans une circonstance qui me frappa par sa bizarrerie. Sa femme était diabétique ; soupçonnant que les analyses du pharmacien n'étaient pas exactes, il lui envoya de ses propres urines. On lui retourna une analyse indiquant une proportion notable de sucre. Son premier mouvement fut de rire, puis il se ravisa, fit faire une nouvelle analyse par un autre pharmacien : il était réellement diabétique.

II. — J'ai encore soigné un homme d'une cinquantaine d'années qui avait environ 60 grammes de sucre dans l'urine. Il est mort de néphrite interstitielle, sa femme était diabétique et l'est encore.

III et IV. — L'année dernière, j'ai vu à l'hôpital deux nouveaux cas de diabète conjugal. Dans le premier ménage, le mari avait 49 grammes de sucre par litre et la femme 33 grammes. Dans le second ménage (vu seulement à la consultation de mon hôpital), il y avait chez les deux conjoints une forte proportion de sucre, mais aucun dosage n'a été fait.

V. — Il me reste à signaler la coïncidence du diabète insipide et du diabète sucré dans un autre ménage.

Je soigne une dame de soixante-cinq ans, atteinte de diabète insipide ; elle urine de 3 à 10 litres dans les 24 heures avec une quantité d'urée qui a varié de 50 à 72 grammes ; le début de sa maladie remonte à plusieurs années. L'année dernière, son mari fut pris de pneumonie. Pendant le cours de cette pneumonie, aucun signe ne me fit penser au diabète, et je négligeai de rechercher la présence du sucre. Au moment de la défervescence, il s'établit une polyurie intense ; je cherchai le sucre, le malade en sécrétait 600 grammes par vingt-quatre heures. Il se développa rapidement une congestion pulmonaire qui enleva le malade.

Voilà donc cinq cas de diabète conjugal, que j'ai relevés sur une cinquantaine de diabétiques soumis à mon observation. Il est probable que la proportion aurait été plus grande si j'avais toujours eu soin d'examiner l'urine des deux conjoints.

A la séance suivante de la Société Médicale, le professeur DEBOVE, à propos du procès-verbal de la réunion précédente, revenait sur la question du diabète conjugal et disait :

Les faits sur lesquels notre attention n'a pas été attirée paraissent toujours exceptionnels ; *ils deviennent fréquents dès qu'on les recherche*. Il en sera probablement ainsi du diabète conjugal.

VI. — Cette semaine encore, j'ai vu une dame diabétique dont le mari est diabétique. Je ne puis dire la proportion de sucre contenue dans son urine, l'analyse quantitative n'étant pas encore faite, mais elle est notable.

Il faut signaler également d'autres observations rapportées par différents auteurs dans la même séance, de la *Société Médicale des Hôpitaux* (26 juillet 1889).

OBSERVATION DE RENDU

J'ai dans ma clientèle un ménage dans lequel le mari et la femme sont tous deux diabétiques.

OBSERVATION DE E. LABBÉ

Un diabétique de mes clients, dont l'urine renfermait une cinquantaine de grammes de sucre en moyenne, préoccupé de la santé de sa femme, m'envoya un jour, sans me prévenir, de l'urine de cette dernière.

Je trouvai 15 grammes de sucre et me disposais à féliciter mon malade de cette diminution dans sa glycosurie, quand il m'apprit que l'urine que j'avais analysée était celle de sa femme. Depuis cette époque, sous l'influence d'un régime mitigé, la glycosurie du mari est tombée à 15 ou 20 grammes, mais celle de la femme est au contraire montée à 40 ou 50 grammes.

Le mari et la femme *n'avaient d'ailleurs pas le même genre de vie*, car cette dernière ne buvait que de l'eau; mais tous deux mangeaient peu de viande et étaient, par contre, grands amateurs de légumes.

OBSERVATION DE FERD. DREYFOUS

J'ai donné mes soins à un glycosurique, dont la femme était morte du diabète. Je n'ai pas observé cette dernière, mais elle a été reconnue diabétique par LÉCORCHÉ.

OBSERVATIONS DU PROFESSEUR GAUCHER

J'ai rencontré l'année dernière deux ménages de diabétiques : il s'agit d'individus qui tous étaient gouteux ou arthritiques.

Dans l'un de ces ménages, le mari et la femme, que je suis encore tous deux, sont diabétiques. Dans l'autre ménage, je soigne la femme, qui est diabétique, et dont le mari est mort du diabète depuis plusieurs années.

OBSERVATIONS DE LETULLE

Je puis citer deux cas de « diabète conjugal ».

Dans le premier, il s'agit d'un médecin et de sa femme devenus tous deux diabétiques après de grands chagrins ; la femme est en même temps tuberculeuse.

Dans le second, le mari, gros mangeur, est diabétique. Les urines de la femme ont été également analysées et renferment aussi du sucre, 40 à 50 grammes environ, comme les urines du mari.

OBSERVATION DE GOURAUD

J'ai soigné un ménage, que j'ai envoyé deux ans de suite à Pougues, et dans lequel le mari et la femme étaient tous deux diabétiques.

C'étaient de gros mangeurs qui avaient de plus éprouvé de violents chagrins. Le mari a succombé à un phlegmon et la femme à une affection de la moelle épinière.

OBSERVATIONS DE BARTHÉLEMY

Le professeur DEBOVE rapporte ceci :

Notre distingué collègue le Dr BARTHÉLEMY m'écrit qu'il soigne en ce moment deux cas de diabète conjugal. Dans le premier ménage, le mari, âgé de 47 ans, a 43 grammes de sucre ; la femme, âgée de 38 ans, en a 27 grammes.

Dans le second ménage, la femme est morte à 53 ans, de plitisie pulmonaire, ayant été diabétique pendant de longues années ; le mari, qui vit encore, a 18 grammes de sucre dans l'urine.

OBSERVATIONS DE FÉRÉOL

J'ai eu l'occasion d'observer également un certain nombre de faits du même genre.

OBSERVATIONS DE SCHMITZ

Des 26 cas que SCHMITZ a observés et dans lesquels la contagion serait, d'après lui, indubitable, il ne nous relate que sept cas.

OBSERVATION I. — H..., âgé de 48 ans, diabétique depuis 2 ans, 1,5 0/0 de sucre à son arrivée à Neuenahr, aucun symptôme subjectif à cette époque. Il quitta Neuenahr après quatre semaines de traitement, n'ayant plus du tout de sucre. Sa femme, forte et florissante, était avec lui. Deux ans après, ils revinrent tous deux. L'état de l'homme était le même qu'à son arrivée à Neuenahr deux ans auparavant ; mais sa femme, autrefois si bien portante, était méconnaissable, tellement elle était misérable et amaigrie. Le diabète s'était découvert chez elle six mois auparavant et elle avait, au moment où je la vis, 4,5 0 0 de sucre. Cette dame, âgée de trente et un ans, descendait d'une famille très bien portante, affligée d'aucune affection héréditaire, elle n'était pas parente avec son mari et n'avait pas mangé trop de sucre ; on manquait donc absolument d'explication sur le début du diabète. Elle mourut quatre mois après.

OBSERVATION II. — F..., 38 ans. Le diabète s'était décla-

ré un an avant, quoi qu'il y eût certainement plus longtemps qu'il fût malade. Un peu plus de 4 0/0 de sucre, très affaibli et très amaigri, il mourut six semaines après dans son pays. Sa femme, bien portante et d'aspect florissant, l'accompagna à Neuenahr, où elle le soigna.

Deux mois après la mort de son mari, elle vint me voir et me déclara qu'elle était, elle aussi, diabétique. Un violent prurit l'avait amenée à cette découverte. Elle était âgée de 36 ans, était mariée depuis 6 ans, avait deux enfants, descendait d'une famille bien portante (il ne pouvait donc être question d'affection héréditaire). elle n'était pas parente avec son mari, n'avait jamais mangé trop de friandise; aucun symptôme sauf le prurit; 1,2 0/0 de sucre. Le sucre et le prurit disparurent bientôt. L'été suivant, elle revint, elle n'avait pas changé. Même quantité de sucre. Elle en était débarrassée quatre semaines après. Elle se maria, comme je l'appris, l'automne suivant et pendant deux ans je n'entendis pas parler d'elle. La troisième année elle revint, son deuxième mari l'accompagnait. Elle s'était bien portée dans l'intervalle, un enfant même était né et vivait encore. Elle avait 1,8 0/0 de sucre, n'était pas amaigrie, n'avait aucun prurit, et ne se plaignait de rien. *Mais son deuxième mari était au-si diabétique.* Il était du même âge que sa femme, 36 ans, avec laquelle il n'était pas parent, descendait d'une famille bien portante, sans aucune affection héréditaire, n'avait jamais mangé trop de sucre, pour la bonne raison qu'il ne l'aimait pas. Il avait 4 0/0 de sucre et ne s'en débarrassa pas complètement après 5 semaines de traitement. Je n'ai jamais entendu parler de lui, ni de sa femme. Ainsi la femme, après avoir vécu assez longtemps avec son premier mari diabétique, était devenue malade, et son deuxième mari avait été pris à son tour dans les mêmes conditions qu'elle.

OBSERVATION III. — L..., 55 ans : le diabète était découvert chez lui depuis 5 ans, mais il était impotent depuis plus longtemps. Sa femme, qui l'accompagnait et le soignait avec dévouement, souffrait d'une violente névralgie crurale du côté gauche depuis quelques semaines, ce qui me conduisit à analyser ses urines. Celles-ci contenaient 2 0/0 de sucre qui disparut tout à fait 4 semaines après. Cette femme, âgée de 45 ans, n'était pas parente avec son mari, il n'y avait eu dans sa famille aucun cas de goutte ou de diabète; elle n'avait jamais fait de maladie grave; elle n'avait jamais beaucoup mangé de sucre. Je n'ai plus entendu parler d'elle.

OBSERVATION IV. — X... fut soigné par moi à Bordighera; il était âgé de 45 ans; hérédité chargée, ancien syphilitique, il avait trop fêté Bacchus et Vénus. Il était cependant toujours fort et très valide. Le sucre qu'il possédait avait des hauts et des bas. Il vivait depuis un an avec une danseuse qu'il faisait passer pour sa femme. Quelque temps après, celle-ci me consulta, car elle craignait d'être, elle aussi, diabétique, se sentant très altérée et très faible. Cette personne, âgée de 22 ans, forte et bien portante, avait une haleine très fétide, sa langue était sèche et le pouls très faible. Elle avait entre 5 et 6 pour cent de sucre. Rien à révéler dans ses antécédents héréditaires, ses parents et ses frères et sœurs vivent et sont tous bien portants. Elle était, auparavant, bien portante et forte. Elle n'avait jamais mangé trop de sucre. Elle mourut très vite après la découverte de la maladie.

OBSERVATION V. — La femme K..., 38 ans, était diabétique depuis un an, 2,6 0 0 de sucre. Son mari, très bien portant, qui l'aimait beaucoup, la soignait avec dévouement. Il tomba tout à coup malade, sous les apparences

d'une fièvre prétendue gastrique. Il analysait les urines de sa femme et voulut aussi analyser les siennes. Il les trouva sucrées, 4 0 0 de sucre. Après un régime énergique, le sucre disparut et la fièvre aussi. La femme mourut bientôt. Je n'ai plus entendu parler de l'homme.

OBSERVATION VI. — M^{lle} X... avait soigné *son amie*, diabétique au plus haut degré, laquelle amie j'avais soignée pendant longtemps à San-Remo, et qui, plus tard, mourut d'épuisement à Cannes, en revenant d'Angleterre. — Elle l'avait soignée, jour et nuit, avec les plus grands soins. Elle n'abandonnait presque jamais la malade, elle restait jour et nuit auprès d'elle. Environ 5 mois après, en revenant de Suisse, où elle était restée quelques mois, elle vint me consulter.

Je trouvai cette jeune femme de 25 ans, autrefois saine et d'aspect florissant, terriblement changée. Elle était considérablement amaigrie, paraissait très malade et très frappée, se plaignant de sa maigreur et de sa faiblesse, pour lesquelles le traitement lacté et le climat des Alpes n'avaient servi de rien. Sa langue était très sèche, et très empâtée; une forte odeur s'exhalait de sa bouche. Enfin on retrouvait là tous les symptômes subjectifs du diabète. Elle avait 5 0 0 de sucre. Elle n'était point de la même famille que la morte, et n'avait point d'antécédents héréditaires. Ses parents, ses frères, ses sœurs vivent et se portent bien. Dans les derniers temps de la vie de son amie, elle ne se sentait déjà pas très bien, mais elle attribuait son état aux soins incessants qu'elle donnait à son amie. Elle n'a jamais mangé beaucoup de sucre et il n'y avait aucune cause dont le diabète put dépendre.

On pouvait seulement supposer que le même diabète qui avait amené la mort de son amie avait été la cause du

sien par la douleur qu'elle avait éprouvée à ce moment là.

Je doute (parce que je ne crois plus que cela soit vrai, alors que je le croyais autrefois exact) qu'une douleur violente puisse amener le diabète, et surtout que cela puisse déterminer une influence fâcheuse sur le diabète (1).

... L'usage du même lit et les *baisers* peuvent facilement engendrer et donner la transmission de la maladie.

A l'appui de ce que j'avance, je trouvai encore un nouveau cas de contagion chez une autre dame; d'ailleurs, dans la plupart des cas, les femmes étaient devenues diabétiques quand leur mari, depuis longtemps sérieusement malade, ne faisait plus lit commun.

D'ailleurs, la même chose est constatée pour la contagion de la tuberculose : chez les gens mariés, il suffit, pour la transmission, qu'il y ait vie commune, et il n'est pas nécessaire que le mari et la femme fassent usage du lit commun.

OBSERVATION VII. — M. O..., âgé de 68 ans, est diabétique depuis 5 ans, peut-être même depuis plus longtemps; néanmoins, ce cas avait cédé au traitement, et le sucre, qui avait atteint 2 0 0, a très rapidement disparu, son état est très satisfaisant. Sa femme, de même âge que lui, l'accompagne.

Les rapports entre les deux époux sont très bons, et on les voit toujours ensemble; 14 jours après leur arrivée, la femme vint me consulter, parce qu'elle se sentait faible et mal à l'aise. Je fis analyser ses urines, et je ne fus pas peu étonné d'y trouver 4 0 0 de sucre, que je vis bientôt disparaître après un régime sévère de trois semaines.

Cette dame, qui n'avait aucune affection héréditaire,

(1) Voir les motifs de cette opinion, chapitre III, page 32.

n'était point parente avec son mari, et était autrefois très bien portante. Elle n'avait jamais mangé trop de sucre.

Ces observations sont trop probantes en elles-mêmes pour qu'il soit nécessaire de les commenter. En effet, SCHMITZ prend toujours soin de nous faire remarquer que les époux ne sont pas parents, n'ont pas fait abus de sucreries et ne sont pas de souche arthritique. Nous n'insisterons pas sur l'intérêt que présentent, entre autres, les observations III et VI, la première surtout, où un mari rend sa femme diabétique, meurt, et sa femme transmet la maladie à son deuxième époux.

OBSERVATIONS DE BRUNO OPPHER ET KULTZ

OBSERVATION I. — E..., 18 octobre 1890, fabricant de cigares, 51 ans.

La mère souffrait de migraine, de douleurs d'estomac, était très nerveuse ; elle mourut à 73 ans d'apoplexie ; les trois sœurs du malade, qui vivent encore, et son frère sont d'une extrême nervosité, une des sœurs a des douleurs rénales.

A l'âge de 11 ans, le malade fut atteint pendant six semaines de fièvre intermittente. A 21 ans, il fut traité à l'hôpital militaire de S..., pour les mêmes fièvres. Pendant 12 ou 15 ans, elles reparurent chaque année dans le mois d'août. A 22 ans, le malade eut un chancre mou qui guérit spontanément ; depuis quelques années, il souffre d'une inflammation du nez et de la gorge. A deux reprises différentes, il a été opéré d'un polype du nez ; depuis un an

et demi ses forces diminuent peu à peu : au début de l'année 1889, il a vu apparaître de la congestion à la tête, des douleurs lombaires, une sensation de pesanteur dans la poitrine, des vertiges, des troubles de la sensibilité dans le pied droit ; son médecin ordinaire craignait une maladie nerveuse et ordonna un séjour à une station thermale. En juin 1889, gros furoncle au niveau du creux épigastrique ; en mai 1890, après une crise d'asthme, on examina les urines et on constata la présence du sucre, 3.7 p. 100.

Deux ans plus tôt, sur le conseil d'un autre diabétique, il avait fait examiner ses urines qui ne contenaient alors aucune trace de sucre. Comme cause de son mal, le malade assigna de grandes contrariétés dues à des préoccupations commerciales.

Panicule graisseux assez développé, musculature puissante, forces 87 kil. 5 au dynamomètre. Aucune lésion organique. Pouls 104.

La température oscille entre 36°4 et 36°7.

L'urine ne présente pas de sucre après un régime sévère ; elle ne contient, ni acétone, ni acide diacétique, ni acide oxybutyrique.

L'élimination d'ammoniaque s'élève par 24 heures à une moyenne de 1 gr. 5.

En somme, c'est une forme légère de diabète.

OBSERVATION I bis. — E. . ., sa femme, est âgée de 46 ans. Le père de la malade est mort à 75 ans d'un traumatisme. Quatre frères ou sœurs sont morts phthisiques, ses deux frères avaient un esprit bizarre. La malade, qui est mariée depuis 24 ans, a eu 6 enfants ; de plus, elle a fait une fausse couche à la suite d'une chute ; malgré une forte corpulence, la malade est satisfaite de sa santé ; depuis un an, les forces diminuent légèrement, cependant elle a

remarqué, même avant, qu'elle empesait sa chemise; depuis six mois ont apparu la polyurie, la polydypsie, la perte de l'appétit, le prurit vulvaire.

Son médecin, frappé du changement de la malade examina son urine et trouva 6 p. 100 de sucre. Une cure d'un mois à Carlsbad fut suivie de succès; depuis la constatation du diabète, ses règles deviennent plus fortes; elle a maigri dans les derniers mois de 18 kilog.; elle a eu de nombreux soucis au sujet d'un de ses fils.

Corps assez gras. Poids 79 kilog. Aucune lésion organique. Pouls faible. Température oscillant entre 36°2 et 36°4.

Même en supprimant de l'alimentation tous les aliments hydrocarbonés, pendant trois jours, on constate encore 3 gr. 6 de sucre, l'urine contient beaucoup d'acétone, d'acide diacétique et oxybutyrique; l'élimination de l'ammoniaque par 24 heures est en moyenne de 2 grammes. En somme, c'est là une forme grave du diabète.

La malade mourut dans le coma, le 27 septembre 1892.

OBSERVATION II. — Femme K..., 51 ans, 26 septembre 1893.

Une sœur de la malade n'a pas l'esprit normal, la malade, à l'âge de 9 ans, eut, pendant un an et demi, des fièvres intermittentes, et à 24 ans le typhus; elle fut réglée dans sa seizième année, irrégulièrement jusqu'à l'âge de 25 ans, âge auquel elle se maria.

Les règles cessèrent à l'âge de 49 ans, la malade eut 10 grossesses, dont 6 ou 7 se terminèrent par un avortement: son plus jeune enfant est rachitique; depuis 4 ans la malade se sent moins forte; au printemps 1894, apparurent des palpitations, des vertiges, une soif inaccoutumée, de la perte de l'appétit, de l'épuisement et de fortes transpirations.

Son médecin fit le diagnostic de diabète : à cette époque, troubles auditifs ; au commencement de mai, après ses vertiges, elle eut des troubles de l'accommodation visuelle, qui disparurent bientôt : depuis trois semaines, prurit génital, narcolepsie, taches sur le linge.

Poids du corps 70 kilog. Pas de lésion organique ; à la langue, sillons longitudinaux et transversaux caractéristiques. Pouls 120 à 132. Température entre 36°5 et 36°8. Sensation de brûlure aux paumes des mains ; même après un régime sévère, l'urine contient 20 grammes de sucre dans les 24 heures ; elle contient une grande quantité d'acétone, d'acide diacétique et d'acide oxybutyrique.

L'élimination de l'ammoniaque par 24 heures est en moyenne de 3 gr. 2.

C'est donc une forme de diabète grave et progressif.

La malade mourut le 17 novembre 1893.

OBSERVATION II *bis*. — K..., brasseur, 53 ans, époux de la précédente, l'accompagnait ici.

Il n'a pas de tare héréditaire apparente. Il y a 15 ans, il eut un gros furoncle au haut de la cuisse, il y a quatre ans et l'année dernière, il eut du rhumatisme articulaire. Vu ses antécédents, vu sa corpulence (Poids 116 k. 5) et son métier (brasseur), on pratiqua une analyse d'urine.

Le patient mangeait le 27 septembre 1893 à 7 heures du soir un bifteck, un petit pain, une portion de pommes de terre et but un litre 1/2 de bière ; l'urine émise de 7 à 11 heures du soir contenait 1 gr. 12 de sucre, estimé au polarimètre ; on obtint le même résultat en faisant fermenter l'urine : plus tard apparut un léger nuage d'albumine ; l'acétone et l'acide diacétique manquent ; toutefois il y a cependant une légère néphrite, compliquant une forme légère de diabète.

OBSERVATION III. — R..., libraire, 60 ans, 10 novembre 1881.

Le malade a eu, il y a 12 ans, un chancre induré, un mois après, enrouement, six mois après, ulcération indolente au prépuce.

Depuis 3 ans, le malade souffre de démangeaisons pénibles à la verge et depuis six mois est survenu un phimosis.

A la même époque, il subit un traumatisme et se fit soigner à K...

C'est là que fut diagnostiqué son diabète, le 8 mai 1878.

Le poids du corps a diminué de 17 kilog. depuis 4 ans.

Poids du corps 80 kilog. En supprimant toute alimentation hydrocarbonée, l'urine contient encore 15 grammes de sucre en 24 heures. La recherche de l'albumine donne lieu à une opalescence très nette.

Le malade mourut le 8 juin 1882.

OBSERVATION III *bis*. — Femme R..., 61 ans, 10 novembre 1881.

A l'âge de 11 ans, fièvre typhoïde; mariée à 26 ans, elle eut un avortement au septième mois, et deux grossesses normales, dont la première la tint alitée pendant un mois par ses suites de couches. Il y a 12 ans, elle fut contaminée par son mari, roséole, condylome, psoriasis. Depuis près d'un an, la malade ressent de graves troubles psychiques survenus à la suite d'un deuil.

Elle a maigri, est fatiguée après la moindre peine, dort mal, a peu d'appétit, mais est toujours altérée. En août 1881, le pharmacien qui avait examiné l'urine de son mari constata chez elle la présence du diabète.

Poids du corps 64 kilog. Psoriasis palmaire. Rien d'anormal du côté des organes internes. Examen des yeux par le professeur SCHMIDT. Myopie O. G. 1,18. O. D. 1,10.

Acuité visuelle. O. G. 3/4. O. D. 1/2.

Sur la capsule cristallinienne gauche, il y a des taches pigmentaires noires qui indiquent une iritis récente. Le cristallin lui-même est clair.

Rien d'anormal à l'examen ophtalmoscopique. L'accommodation est bonne; l'urine ne contient pas de sucre, après un régime sévère, point d'acide diacétique; donc, diabète léger. En septembre 1884, la malade subit l'opération de la cataracte à l'œil droit. En juin, iritis à l'œil gauche, en août prurit vulvaire.

Morte, le 18 avril 1887, d'une paralysie cardiaque.

OBSERVATION IV. — W..., commerçant, 44 ans, israélite, A l'âge de 20 ans, syphilis... A 23 ans, ulcère à la lèvre, enrouement, et tremblement. A 28 ans, deux gommès au coude gauche. A 29 ans, épididymite. A 30 ans, pneumonie. Le diabète fut constaté en juin 1883, il se manifestait par de la polyurie et de la polydypsie.

Le patient suivit un régime ordonné par son médecin et alla à Carlsbad, il y séjourna 3 semaines, pendant lesquelles il perdit 11 kilog.

Poids du corps 83 kilog. Emphysème pulmonaire très net. L'urine ne présente pas trace de sucre après un régime sévère; par la chaleur, on constate un fort précipité d'albumine. Elle présente une quantité considérable de cylindres hyalins et finement granuleux. Parfois, quelques rares cylindres éphithéliaux. Pas d'acide diacétique.

L'élimination d'ammoniaque donne une moyenne de 1 gr. 5 par jour.

Donc, il y a diabète assez léger, compliqué de néphrite chronique.

Le patient, qui se trouvait souvent en voyage, ne suivait pas les prescriptions médicales. En 1887, la néphrite

s'aggrava et le 22 novembre 1887, le malade mourut d'anasarque avec œdème pulmonaire.

Tout récemment, un de ses frères est mort dans le coma, après avoir présenté plusieurs hémoptysies.

OBSERVATION IV *bis*. — Dans les commémoratifs de l'observation précédente, on voit que le diabète fut constaté par hasard chez la femme, à la fin de l'année 1883. Celle-ci est âgée de 40 ans, israélite, sa mère mourut à 64 ans de diabète, la malade n'a pas d'enfants, mais a avorté deux fois, elle n'a jamais suivi le régime prescrit, elle se croit très bien portante.

OBSERVATION V. — Femme H. . . , 48 ans, 5 juillet 1890. La malade sort d'une famille névropathique. Sa mère est probablement morte de diabète. A 15 ans, elle a eu la rougeole; à 17 ans, peu de temps avant son mariage, fièvre typhoïde. Elle a eu six grossesses et une fausse couche.

Il y a trois ans, anthrax à la hanche, furoncle aux parties génitales, depuis un an et demi, dyspnée ascensionnelle; œdème aux pieds depuis trois mois; le diabète est constaté par le docteur H. . . Il y a de nombreuses années que les règles sont irrégulières, depuis longtemps la malade est devenue très irritable.

Poids du corps 77 k. 5. — Emphysème notable. Battements du cœur peu énergiques.

Pas de lésion organique véritable si ce n'est des reins; l'urine ne contient pas de sucre, quand on supprime les hydrocarbures. Pas d'acide diacétique, mais par la chaleur, trace notable d'albumine. Au microscope, l'examen du dépôt montre quelques cylindres hyalins et granuleux, En résumé, diabète léger, compliqué de néphrite chronique.

La malade mourut le 5 décembre 1886 d'une affection intercurrente.

OBSERVATION V bis. — H..., rentier, ancien cultivateur, 59 ans, 5 juillet 1886, mari de la précédente.

Dans son enfance, il a eu une méningite et plusieurs angines. En 1849, il eut, étant soldat, des fièvres qui lui durèrent huit semaines. Après son mariage, il fut malade huit semaines de fièvre typhoïde. Depuis cinq ans, il souffre d'une balanite opiniâtre qui, jointe à de la polydypsie, conduisit au diagnostic de diabète.

Depuis deux ans, il a de l'impuissance, le malade est éthylique.

Poids du corps, 104 kilogr., aucune lésion organique; l'urine ne contient pas de sucre après le régime spécial; il n'y a ni acétone, ni acide diacétique.

L'élimination d'ammoniaque par vingt-quatre heures est à peine augmentée, l'urine montre par la chaleur une trace appréciable d'albumine; elle contient quelques cylindres hyalins granuleux.

En résumé, c'est un diabète léger, avec néphrite légère.

OBSERVATION VI. — Femme T..., 38 ans, 9 septembre 1889. Un oncle paternel et une sœur de sa grand'mère sont fous. Elle a depuis 12 ans un goître volumineux. Ses époques apparurent pour la première fois, très abondamment, à l'âge de 13 ans. Depuis l'âge de 18 ans, la malade souffre fréquemment de migraines et d'urticaire. Depuis 5 ans, elle a deux furoncles au haut de la cuisse; en février 1889, dysménorrhée, prurit génital, perte de sommeil, on considéra la malade comme atteinte de troubles utérins, et elle but pour calmer sa soif de l'eau sucrée. Les analyses d'urine qui, auparavant, avaient été négatives, furent refaites par moi en 1889 avec un résultat positif.

La malade a accouché 4 fois.

Poids du corps 48 kilog. 5. La malade a des palpitations, des soifs violentes et de grandes transpirations. Après régime, l'urine ne présente ni sucre, ni acétone, ni acide diacétique. Elimination normale d'ammoniaque dans les 24 heures. Donc diabète léger.

OBSERVATION VI *bis*. — T..., mari de la précédente, 40 ans. Ne présente aucun symptôme remarquable. Son père avait été reconnu diabétique depuis un an, lorsqu'il fit examiner son urine. Le 21 août 1880, il prit 100 gr. de pain et 30 gr. de biscuit; il émit alors 1 gr. 14 de sucre jusqu'à 10 heures; de 11 heures à midi, l'urine ne présentait pas de glycose; on ne rechercha ni l'acétone, ni l'acide diacétique. C'est un cas de diabète léger.

OBSERVATION VII. — Femme O..., 47 ans. Père, très rhumatisant, mourut à 64 ans d'une plaie suppurée à la jambe. Comme enfant, elle a eu la rougeole et la coqueluche. Elle se sentait souvent fatiguée, avait du mal à apprendre; à 18 ans, elle se maria et eut 9 enfants. De ceux-ci, l'un est mort fou, 2 sont diabétiques, un autre nerveux. A 36 ans, elle a eu une variole légère; les règles, qui étaient très abondantes depuis l'âge de 38 ans, au point que la malade en est affaiblie, ont cessé à l'âge de 42 ans. Depuis sa 45^e année, la malade se plaint de hoquets, de nausées, de troubles gastriques, de constipation, de congestion, de bourdonnements d'oreilles, de vertiges, de céphalées, de perte de sommeil, de douleurs lombaires, d'amaigrissement. Le diabète s'établit à la même époque que celui de son fils qui accompagnait ici la malade.

Poids du corps : 63 kilog. 5. L'examen gynécologique ne fait rien constater d'anormal. Un régime sévère débarrasse l'urine du sucre.

Ni acétone, ni acide diacétique, ni albumine. Elimination normale d'ammoniaque par 24 heures.

En somme, cas léger de diabète.

OBSERVATION VII *bis*. — Son mari, 69 ans, a eu à l'âge de 20 ans du rhumatisme aigu et une pneumonie. A 51 ans, deuxième pneumonie. A 66 ans, érysipèle au cours duquel l'éruption gagna les bras et les jambes. Depuis, il se plaint de faiblesses aux jambes et à la région lombaire, de polyurie, de polydypsie, d'affaiblissement de la mémoire.

Le début de son diabète est contemporain avec celui de sa femme et celui de son fils.

Poids du corps 76 kilog. Aucune lésion organique. L'urine ne contient pas de sucre après régime. Ni acétone, ni acide diacétique, ni albumine. Elimination normale d'ammoniaque par 24 heures.

Donc, cas léger de diabète.

OBSERVATION VIII. — Femme A..., 50 ans, israélite. Le père de la malade s'est suicidé, un frère est mort de ramollissement cérébral. Elle s'est mariée à 28 ans et a fait à 30 ans une fausse couche. Pas d'enfants. A 42 ans, elle resta trois mois sans voir ses époques et depuis, celles-ci sont irrégulières. Comme cause d'hémorragie, le professeur S... constata un fibrome. Elle est traitée depuis longtemps, par divers médecins, comme hystérique. Comme elle présentait encore de la polyurie, de la polyphagie, de la polydypsie, du prurit génital, on examina ses urines et on constata le diabète.

La malade est grande, corpulente.

Il y a de l'intertrigo mammaire. Du côté du système nerveux et de l'appareil urinaire, aucune lésion organique. Léger nuage d'albumine. Forme de diabète peu grave.

Dans le cours de l'année suivante, le diabète augmenta et devint sérieux.

L'acétone et l'acide diacétique apparurent en grande quantité dans l'urine. La teneur en albumine devint notable.

L'élimination de l'ammoniaque atteint par 24 heures 1 gr. 4.

Le 7 août 1891, à la suite d'une grave faute de régime, la malade tomba dans le coma et mourut.

OBSERVATION VIII *bis*. — A..., son mari, banquier, israélite, petit homme corpulent, souffre d'une forme légère de diabète qui fut découvert en même temps que celui de sa femme, aucune lésion organique, ni symptôme de diabète notable.

OBSERVATION IX. — Femme R..., 48 ans. La malade sort d'une famille saine, son premier mari est mort phthisique et n'a jamais eu de diabète. Le fils unique de cet époux vit encore et est bien portant. Elle n'a point d'enfant de son deuxième mariage contracté peu de temps avant la disparition de ses époques. Elle est fortement obèse, se meut avec difficulté et reste volontiers au lit pendant les dernières années de sa vie.

L'examen de l'urine, pratiqué à cette époque, décela la présence du sucre. Ce diabète, qui ne se traduit par aucun symptôme, était léger et dura jusqu'à la mort de la malade à 51 ans.

A l'autopsie, on trouva une dégénérescence adipeuse généralisée, en particulier un cœur gras.

OBSERVATION IX *bis*. — R..., 50 ans, son deuxième mari appartient à une famille bien portante. Il est buveur. Deux ans après la mort de sa femme, on examine son urine et l'on trouve 5 p. 100 de sucre, un nuage très net

d'albumine et dans le dépôt une petite quantité de cylindres, pas d'acide diacétique.

Poids du corps 86 kilog. au lieu de 92 kilog., 18 ans auparavant.

Donc diabète léger, cependant la néphrite eut une marche rapide. Quelques mois après la constatation du diabète, le malade fit une chute et mourut de commotion cérébrale. L'autopsie montra, en outre d'une fissure de l'occipital et du pariétal gauche, une atrophie marquée des reins et une cirrhose commençante du foie.

OBSERVATION X. — S..., capitaine, 53 ans, 8 novembre 1888. Le malade a fait le tour du monde et a contracté en 1872 une forte fièvre tierce. Malgré cela, sa santé est florissante. En 1886, il commença à devenir malade, il devint triste, perdit l'appétit. Polydypsie, fatigue à la marche, balanites fréquentes. Les médecins étrangers firent le diagnostic de fièvre intermittente. En octobre 1888, plusieurs furoncles. Le diagnostic de diabète fut fait le 2 novembre 1888.

Le malade est toujours un fort mangeur et aime l'alcool. De ses onze enfants, six sont bien portants et âgés de 24 à 7 ans. Poids du corps 82 kilog. Teint pâle, réflexes patellaires augmentés des deux côtés, le lobe gauche du foie est augmenté de volume.

L'urine, après régime, ne contient pas de sucre, pas d'albumine, ni d'acétone, ni d'acide diacétique, ni d'acide oxybutyrique, ni de pigments biliaires. L'élimination d'ammoniaque s'élève journellement à 1 gr. 35 en moyenne. Le malade se trouve jusqu'à présent dans un état assez satisfaisant. On ne constate plus l'augmentation de volume du foie.

OBSERVATION X bis. — Femme S.... 52 ans, son épouse, 7 décembre 1894.

Le père de la malade était hypocondriaque dans ses dernières années; sa mère était goutteuse.

La malade fut réglée à 14 ans; à 17 ans, elle resta 10 jours au lit avec un embarras gastrique.

A 19 ans, elle se marie et fait plusieurs grands voyages maritimes avec son mari. Pendant son séjour sous les tropiques, elle eut une dysenterie.

A 30 ans, elle eut une fièvre tierce. A 36 ans, elle eut de nouveau des fièvres intermittentes.

En 1892, elle évacua un calcul rénal.

Les premiers symptômes de la lithiasé rénale, douleurs du côté droit, urine sanglante, remontent à 1887. La disparition des époques se fait sans douleur en 1892. En juin 1894, brûlures aux organes génitaux; en août, sécheresse anormale du cou; en octobre, la malade eut une extrême émotion à la suite d'un deuil, bientôt elle maigrit beaucoup, grandes fatigues surtout dans les jambes, palpitations en montant les escaliers.

Poids du corps 86 kil. 5. Aucune lésion organique.

Le matin, goût amer, sensation de mauvaise bouche, dentition défectueuse. Pas de sucre dans l'urine après cessation des hydrocarbures.

Ni albumine, ni acétone, ni acide diacétique.

L'élimination de l'ammoniaque en 24 heures oscille entre 0 gr. 5 et 1 gr. 1.

En résumé forme légère de diabète.

A ces observations recueillies avec tant de soins, les auteurs pourraient ajouter cinq autres cas de diabète conjugal; mais comme ils ne les ont pas étudiés eux-mêmes ils les éliminent de parti-pris. Ces cinq faits peuvent être résumés de la façon suivante :

OBSERVATION XI. — Femme L... Père et mère de la

malade, sa grand'mère maternelle, 2 cousines et un oncle sont morts du diabète.

OBSERVATION XII. — Docteur L... Ses grands parents maternels sont morts de diabète. Le père diabétique est mort de gangrène sénile.

Un oncle maternel était diabétique et est mort d'une maladie de cœur.

Une sœur est depuis 8 ans diabétique.

La mère, âgée de 61 ans, est depuis 6 ans diabétique. Une tante maternelle, plus jeune, a aussi des traces de sucre dans l'urine.

OBSERVATION XIII. — R... Son père et sa mère sont morts diabétiques.

OBSERVATION XIV. — B... La femme du malade est morte diabétique.

OBSERVATION XV. — K... Le beau-père et la belle-mère du patient sont tous deux diabétiques.

OBSERVATIONS DE SÉNATOR

SÉNATOR a observé 9 cas de diabète conjugal sur 700 diabétiques.

OBSERVATION I. — Gustave S..., âgé de 60 ans, vient me consulter en novembre 1886. Il est atteint, d'après son dire et celui de son médecin, de diabète depuis 1869, soit depuis 17 ans, diabète pour lequel il est allé à plusieurs reprises à Carlsbad. Il a maintenant des signes de sclérose rénale et d'hypertrophie compensatrice du cœur. *De ses trois frères et sœurs, un frère est mort de diabète et l'autre en est atteint, un autre est ataxique.*

OBSERVATION I bis. — Selma S..., sa femme, souffre depuis 6 ans du diabète. *La mère est morte de pneumonie au cours du diabète. Un frère et une sœur sont atteints de cette maladie.*

Le couple a trois enfants qui ne sont pas diabétiques.

OBSERVATION II. — B. L... 63 ans, Américain.

Se présente à moi comme diabétique en 1895.

La quantité d'urine par 24 heures n'est pas très augmentée ; elle est claire. Pas d'albumine, mais 1 gr. 9 de sucre pour 100.

Pas d'acide diacétique.

Le malade se nourrit bien, est satisfait de son état.

Rien d'anormal dans les viscères ; réflexes patellaires conservés. Il suit un régime et va depuis 12 ans à Carlsbad. Il fait remonter le début de sa maladie à une grosse peur qu'il eut, il y a 12 ans, à la suite de laquelle le sucre apparut rapidement dans l'urine.

OBSERVATION II bis. — Sa femme, 56 ans, diabétique depuis 3 ou 4 ans, très amaigrie.

Réflexes patellaires très nets, polyurie, polydypsie, 3 gr. 5 de sucre p. 100. *Le père et un des frères sont aussi diabétiques.*

OBSERVATION III. — T..., 50 ans, goutteux depuis longtemps, est diabétique et obèse.

Je le soigne dans les derniers jours de sa vie ; dans le cours d'un nouvel accès de goutte ; le cœur faiblit et la mort survient bientôt.

OBSERVATION III bis. — Sa femme était atteinte de diabète et était morte depuis un an.

Des renseignements plus approfondis manquent au sujet de ces époux.

OBSERVATION IV. — Femme Thérèse T..., 63 ans, vient me consulter à l'hôpital en présentant tous les signes du diabète, les premiers symptômes, soit vive et prurit vulvaire dataient de deux ans, elle avait une cataracte commençante. Elle sortit améliorée de l'hôpital, après un séjour de quatre semaines. En mars 1888, elle y rentra de nouveau avec une grande perte de forces, une double cataracte, de nombreux furoncles et mourut six jours après.

Elle racontait que ses parents et ses quatre frères et sœur étaient morts d'apoplexie et qu'elle avait eu, elle-même, beaucoup de soucis et de chagrins, en particulier, après la mort de son mari.

OBSERVATION IV bis. — Celui-ci était aussi diabétique, et l'était 11 ans avant sa femme; d'autre part, *il est mort 5 ou 6 ans avant que les premiers signes de la maladie soient apparus chez elle.*

OBSERVATIONS V et V bis. — Une ouvrière arrive en novembre 1885, avec tous les signes du diabète sucré : elle a remarqué les premiers symptômes, il y a un an : son mari était atteint de la même maladie, mais il est mort depuis plusieurs années, malheureusement on manque d'autres renseignements.

OBSERVATION VI. — T..., employé, 61 ans.

Est atteint en novembre 1890 de diabète sucré et de pneumaturie qu'on traite depuis longtemps. Il meurt fin 1891.

OBSERVATION VI bis. — Sa femme se présente à moi pour la première fois en avril 1893, âgée de 60 ans, avec un diabète incontestable.

Urine 2 et 3 litres. Teneur en sucre 5 gr. 04 p. 100. Au reste d'aspect assez florissante, réflexes patellaires conser-

vés. *Un de ses frères est mort diabétique, il y a de nombreuses années.* Très frappée par les maladies de son mari et de son frère, elle fait examiner souvent son urine et *ce n'est que depuis peu de temps qu'elle a trouvé du sucre.*

OBSERVATION VII. — Veuve N..., 50 ans, polonaise, se présente à moi pour la première fois en juin 1892, souffre depuis peu de temps de brûlure dans le côté droit du ventre; polydypsie, polyurie et amaigrissement considérable. Un examen de l'urine du matin donne, 0.3 p. 100 de sucre, celle de la journée donne 0.9 p. 100. Il n'y a pas eu d'affections nerveuses, ni de diabète dans la famille, mais elle a eu beaucoup de chagrins, en particulier après la mort de son mari.

OBSERVATION VII *bis.* — Le mari était diabétique, il est mort *il y a six ans*, après une opération faite pour des calculs rénaux.

OBSERVATION VIII. — B..., 76 ans, de santé florissante en apparence.

Depuis un an et demi à deux ans, il souffre d'une angine de poitrine causée par l'artério-sclérose. Depuis le printemps 1892, il a une petite quantité de sucre dans l'urine, sans du reste de symptômes notables de diabète.

La teneur en sucre se tient toujours, même sans régime sévère, au-dessous de 1 p. 100. La quantité d'urine ne dépasse pas 2 litres, son poids spécifique monte de temps en temps au-dessus de 1030, ce qui est surtout dû à l'insuffisance cardiaque (hydropisie) dont le malade meurt en juin 1895.

OBSERVATION VIII *bis.* — La femme, dont l'hérédité est chargée (une sœur est morte du diabète), se plaint pour la première fois en décembre 1890 de prurit vulvaire.

On constate du sucre dans l'urine; avec un régime sévère de temps en temps et la cure d'eau de Carlsbad, le diabète demeure dans des limites peu élevées. Il n'y a point de parenté entre les époux.

OBSERVATION IX. — Jonas S..., 66 ans, est atteint dans l'été 1895 de diabète sucré, d'emphysème et de bronchite. Le sucre fut constaté 2 mois auparavant dans l'urine. On ne doit pas accuser les antécédents héréditaires.

OBSERVATION IX *bis*. — Sa femme, 55 ans, diabétique depuis 16 ans, soit depuis 1876. On ne relève pas de causes bien nettes de son apparition. Il n'y a pas de consanguinité entre les conjoints.

OBSERVATION DE PIERRE MARIE

1^o Il s'agit d'un homme de soixante-quatre ans, d'origine italienne, exerçant la profession d'interprète et de courrier, c'est-à-dire qu'attaché à quelques grands hôtels, il pilote dans Paris, ou accompagne soit en France, soit hors de France, toute une clientèle de « riches étrangers ».

Les voyages ayant pour effet de rapprocher les distances, au propre comme au figuré, il arrive, paraît-il, le plus souvent à ce brave homme de partager le genre de vie, ou tout au moins la table de ses clients; aussi avoue-t-il volontiers qu'il fait trop bonne chère. De plus, pendant de longues années, il ne s'en est pas tenu au « bon souper et bon gîte », témoin les innombrables blennorrhagies qui, de dix-huit à trente-cinq ans, l'ont, dit-il, perpétuellement assailli.

La santé de B... n'en restait pas moins florissante. En 1879 cependant, quelques troubles gastriques; en 1884, eczéma au niveau de l'hypogastre. L'apparition des symp-

tômes classiques du diabète sucré ne semble pas, du moins d'après les renseignements fournis par le patient, remonter à plus de trois ans. Il affirme qu'en 1892 il a remarqué une augmentation très notable de la sensation de soif, au point qu'il a dû doubler ou même tripler sa ration journalière de boissons.

De cette époque également il fait dater une plus grande fréquence des mictions. Ajoutons à ces symptômes caractéristiques la chute des dents au cours de ces dernières années et quelques troubles de la vue consistant surtout dans le manque de netteté des images, et nous aurons un tableau assez fidèle des principales manifestations du diabète chez notre malade... Ce pauvre homme s'était présenté à la consultation à cause de souffrances atroces que lui occasionnait un mal perforant de la face inférieure de la deuxième phalange du gros orteil gauche...

2^o La femme du malade précédent est âgée de cinquante-huit ans, elle est fille d'un père asthmatique elle-même a, dès son enfance, éprouvé des migraines violentes et répétées; elle aurait, en outre, vers l'âge de vingt ans, beaucoup souffert d'une névralgie faciale d'assez longue durée. Vers 1880, elle présenta, comme son mari, un eczéma qui frappa les quatre membres. Traitée à l'hôpital Saint-Louis, elle ne tarda pas à voir cet eczéma s'améliorer, mais non disparaître entièrement, et aujourd'hui encore, il en subsiste un placard au bord externe de chaque pied; ces placards sont souvent le siège de démangeaisons très violentes.

Il faut ajouter que, comme le malade, cette femme a eu, à plusieurs reprises, de la dyspepsie flatulente ou acide.

Enfin, elle présente à un degré vraiment remarquable la déformation des doigts connue sous le nom de nodosités d'Heberden. La coexistence de ces nodosités avec des mi-

graines périodiques est, chez la femme, un certificat incontestable d'arthritisme.

La malade jouit d'un certain embonpoint, mais qui n'offre rien d'exagéré pour son âge : son poids est de 60 kilogrammes.

Depuis deux ans, elle aurait maigri d'une dizaine de kilogrammes, bien que son aspect général soit d'ailleurs plutôt florissant. C'est à cette époque qu'elle ferait remonter le début de son diabète, mais en réalité elle ne peut donner de renseignements sérieux à cet égard ; elle n'a jamais eu ni polydypsie, ni polyurie, ni polyphagie, tout au plus s'est-elle aperçue, depuis quelque temps, qu'elle avait la bouche pâteuse et que ses dents tombaient.

Il faut bien noter la latence relative de ce cas de diabète : le fait n'est pas très rare, et c'est la raison pour laquelle il arrive si souvent qu'un médecin, même attentif, méconnaît cette affection ; le malade n'ayant éprouvé aucun des symptômes de la triade, ne peut, par cela même, mettre le médecin sur la voie, et si celui-ci, de parti pris, n'examine pas l'urine de tous ses malades, il risque fort, en semblable occurrence, de passer à côté de la glycosurie, sans la soupçonner.

Actuellement encore, bien que le sucre existe dans les urines en quantité notable (6 à 8 grammes par litre), la quantité d'urine émise dans les vingt-quatre heures n'excède pas 2 litres ; la soif est à peu près nulle : c'est donc bien ce que P. FRANCK appelait *diabètes decipiens*, diabète dont les symptômes cardinaux sont assez peu marqués, pour que malade et médecin restent à son égard dans une fausse sécurité.

OBSERVATION DE FOUQUET (du Caire)

Le Dr Legendre (1) en fait mention de la façon suivante :
« Mon ami, le Dr Fouquet, qui exerce au Caire, a vu trois cas de diabète conjugal dans des ménages Syriens ; il a noté que, chez le deuxième conjoint atteint, *une gingivite avait précédé la glycosurie, le premier ayant déjà de la gingivite.* »

OBSERVATION DU D^r LAGRANGE (de Vichy)

J'ai vu jadis un cas de diabète conjugal parmi une vingtaine d'autres, qui m'avait beaucoup frappé et m'avait fait songer à une influence possible de la vie en commun pour la propagation de la maladie d'un conjoint à l'autre.

Il s'agissait d'un homme d'affaires, ancien fermier, fils de paysans limousins, et non arthritique, qui était mort du diabète, compliqué de tuberculose pulmonaire. Cet homme, très ambitieux, avait eu de grandes déceptions, ses spéculations ayant mal tourné. J'avais attribué son diabète au surmenage et aux soucis ; quand il fut mort, je ne songeai pas à rechercher chez sa femme la conséquence possible des préoccupations et du surmenage, sachant par la confiance du mari qu'elle avait toujours été tenue dans l'ignorance de ses affaires et *n'avait participé ni à ses soucis, ni à ses efforts.*

Ce fut elle-même qui manifesta la crainte « d'avoir gagné la maladie de son mari » et l'analyse qu'elle réclama lui donna raison, du moins quant au fait du diabète. Je crus même, en présence de cette glycosurie à laquelle je ne m'attendais pas, que c'était bien là le cas de se demander,

(1) Dans son article sur le diabète du *Traité de médecine* de CHARCOT, BOUCHARD et BRISSAUD, p. 378.

quelque bizarre que semblât la question, s'il n'y avait pas une influence de contagion, comme en était persuadée la malade.

Mais depuis, j'ai eu l'occasion de revoir cette femme, de mieux étudier ses antécédents et son hérédité ; elle est manifestement arthritique et un frère de sa mère a eu des crises de goutte.

Si donc elle n'a pas été soumise, comme son mari, aux conditions de vie qui peuvent provoquer le diabète « nerveux », elle n'a pas eu besoin de subir la contagion conjugale puisque son arthritisme est une cause suffisante de glycosurie.

Nous avons vu, en juin 1904, le Dr LAGRANGE qui nous a dit avoir observé plusieurs nouveaux cas de diabète conjugal.

OBSERVATION DU PROFESSEUR BOUCHARD

Le professeur BOUCHARD a eu l'occasion d'observer dans sa clientèle un cas de diabète en même temps conjugal et héréditaire.

Il y a une quinzaine d'années, il eut à soigner un diabétique qui mourut trois ans après, laissant une veuve et trois garçons. De ces trois enfants, le premier fut atteint du diabète vers l'âge de 15 ans, et, malgré les soins dont il était entouré, il succomba à l'âge de 17 ans ; le second atteint, à son tour, à l'âge de 18 ans, mourut également deux ans après l'apparition de la glycosurie. Enfin le troisième, qui est actuellement âgé de 27 ans, a eu, à deux reprises différentes, du sucre dans ses urines.

Il convient de dire, a ajouté le professeur BOUCHARD, que le sucre a été trouvé chez lui deux fois après un excès de régime alimentaire.

Quant à la mère, qui redoute beaucoup pour elle-même l'apparition de ce symptôme, elle fait souvent analyser ses urines. Pendant fort longtemps (8 à 9 ans après la mort de son mari), on n'a jamais trouvé trace de sucre; mais depuis 2 ou 3 ans on constate alternativement son apparition et sa disparition; la maladie est, chez elle, en voie d'évolution.

Or, le professeur BOUCHARD pense que la contagion remonte chez cette femme à 12 ans au moins, quoi qu'elle ne soit encore que légèrement atteinte. Mais, voyant les choses de plus loin, il est tenté de croire que c'est pendant la gestation de ses enfants, ou tout au moins d'un de ses enfants, que la malade aurait été contaminée; pour lui, la contamination remonterait donc à 27 ans au minimum (1).

Voici les réflexions que cette observation suggère au Dr GUYOT :

« Il est évident que le seul moyen de rattacher la notion de la contagion du diabète à celle du ralentissement de la nutrition dont ce syndrome est le prototype pour BOUCHARD, est d'invoquer la transmission par le mari, car on peut de cette façon faire intervenir les diverses influences d'hygiène et de préoccupations communes, la transmission du dynamisme ou quelque mystérieuse action de l'acte générateur analogue, par exemple, aux cas avérés de syphilis conceptionnelle.

Combien pourtant est-il difficile d'admettre qu'un germe contagieux soit resté aussi longtemps à l'état latent. Il semble beaucoup plus simple de croire

(1) D'après R. LEDIEU, Thèse Paris, 1898.

que cette femme, exposée continuellement à la contagion, puisque ses enfants ont été diabétiques, que l'un d'eux encore vivant est lui-même diabétique, a fini par se trouver en état de réceptivité ou par s'inoculer suivant un des modes que je signalerai (1).»

OBSERVATIONS DU D^r LAUNOIS

OBSERVATION I. — M. A... est mort, en 1883, à l'âge de 60 ans, du diabète. L'affection, caractérisée par ses manifestations ordinaires, avait débuté 12 ans auparavant. La glycosurie s'élevait souvent à une moyenne de 60 grammes par litre, et cela malgré un régime alimentaire ordinaire et exempt de tout excès. Le malade était en effet plutôt sobre, avare, mais il se préoccupait facilement. Son diabète fut caractérisé par des douleurs névralgiques et surtout par une insomnie rebelle. La mort survint au milieu de troubles cérébraux.

M^{me} A..., femme du précédent, à laquelle je donnais mes soins, est morte en 1895 à l'âge de 63 ans. En 1895, elle présentait de la polyurie, de la polydypsie; sa langue et son pharynx étaient toujours dans un état de sécheresse marquée, sa peau était couverte d'une sueur visqueuse et collante dont l'évaporation déterminait, dans les parties dénudées du derme, la formation de petits cristaux particuliers. La toux était fréquente, la dyspnée marquée et l'expectoration abondante.

L'analyse des urines permit de déceler la présence de glycose (40 gr.) et d'albumine (0.50 centigr. par litre).

Dans un interrogatoire approfondi, j'ai cherché à trouver le début du diabète de ma malade, et elle-même me dit

(1) Та. Гувот. L'arthritis, ch. II.

qu'elle croyait que sa maladie lui avait été communiquée par son mari.

Elle me raconta que, pendant de bien longues nuits, elle avait été obligée de tenir, en la soulevant, la tête de son mari qui, en raison de ses violentes douleurs, ne pouvait la poser sur l'oreiller.

Deux ans avant la mort de ce dernier, elle avait présenté des manifestations non douteuses de diabète, et en particulier une diabétide génitale, d'une intensité très grande. A cette époque, remontaient la polyurie et la polydypsie.

M^{me} A... était une arthritique relativement obèse, ayant une vie assez sédentaire, mais son régime alimentaire, comme d'ailleurs celui de son mari, était plutôt sobre.

Les accidents qui déterminèrent la mort furent surtout imputables à des lésions du myocarde (myocardite scléreuse, artério-sclérose).

OBSERVATION II. — M^{me} O..., arthritique, obèse, neurasthénique, âgée de 58 ans, vient d'une façon intermittente me demander des conseils. A plusieurs reprises, analysant son urine, j'ai constaté du glycose, en quantité toutefois peu abondante. Son mari est diabétique et depuis nombre d'années va faire une cure thermale à Vichy.

La glycosurie intermittente de M^{me} O... peut s'expliquer par ses tendances héréditaires et son genre de vie, bien qu'elle soit plutôt petite mangeuse; toutefois, on peut se demander si elle n'a pas pu être contagionnée par son mari diabétique.

OBSERVATION DU D^r BARTHÉLEMY

R... Femme, 43 ans, diabétique, fille de diabétique, a 60 gr. de sucre par litre.

Urine, 2 litres par 24 heures; présente des troubles nerveux, vertiges, amnésie, grande lassitude, qui ont conduit au diagnostic.

Le mari devient diabétique trois ans après elle.

Le symptôme de début fut *un muguet d'allures assez mystérieuses*. Il n'a aucun autre phénomène qu'une soif intense. Il urine par 24 heures deux litres qui contiennent 31 gr. 50 de sucre par litre. Il est assez vigoureux.

Tous deux sont arthritiques, obèses, gros mangeurs.

Ces deux malades appartiennent à la religion réformée, tandis que, dans nombre d'autres observations, les malades sont israélites.

OBSERVATION DU Dr BOISUMEAU

I. — Observation du mari. M. Ch..., 60 ans, négociant en chaussures.

Antécédents héréditaires. — Inconnus.

Antécédents collatéraux. — Une sœur morte à 62 ans, sans qu'on puisse préciser la cause de la mort.

Antécédents personnels. — Pas de maladie, sauf quelques attaques de goutte, toujours très altéré, il est gros mangeur. Il s'est marié deux fois. On ne sait pas de quelle maladie est morte sa première femme. La fille née de ce mariage est morte de tuberculose pulmonaire.

On a découvert, en 1890, que le malade avait du sucre dans les urines. Il se plaignait d'une soif ardente, incessante, et qu'il n'arrivait pas à calmer; on examine les urines et on y décèle alors du sucre. Le malade n'a jamais suivi de traitement sérieux. En 1895, il est considérablement amaigri, l'appétit est encore excellent, mais il est devenu triste et taciturne. Il s'alite au mois de février

1896, et cesse toute sortie au commencement de mars ; il est alors dans un état de gâtisme fort accentué. Il meurt le 26 mars de cette même année.

II. — Observation de la deuxième femme.

Mariage avec M. Ch... en 1865. Trois enfants sont nés de ce deuxième mariage.

Un garçon meurt à dix ans de la fièvre typhoïde.

Une fille morte en bas âge, probablement de la coqueluche.

Une seconde fille, actuellement encore vivante, bien portante, mais ayant de la tendance à l'obésité. Elle est atteinte de luxation congénitale de la hanche unilatérale.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 72 ans de pneumonie, a eu de fréquentes attaques de rhumatisme. A 35 ans, il est obligé d'abandonner complètement son métier de cordonnier, tant les attaques sont fréquentes. Elles l'obligeaient parfois à rester jusqu'à 6 et 8 mois à la chambre.

Mère morte à 68 ans, après deux jours seulement de séjour au lit, ne s'était plainte que d'un léger malaise, était toujours bien portante, mais obèse.

Antécédents collatéraux. — Deux frères morts en bas âge, on ne sait de quelle maladie. Un frère mort à 53 ans de cirrhose hypertrophique du foie, a eu de fréquentes attaques de rhumatisme. Deux autres frères, encore vivants, bien portants, mais dont l'un est très obèse et a eu entre 20 et 25 ans plusieurs séries de furoncles. Deux sœurs, l'une bien portante, l'autre obèse, et ayant une ankylose du genou survenue à la suite d'une arthrite qu'elle attribue au rhumatisme, mais apparue après un accouchement.

Antécédents personnels. — La malade est âgée de 55 ans ; pas de maladies, pas de rhumatisme, mais très obèse.

Pendant l'hiver 1896, tandis que son mari était alité, la malade accuse une soif incessante ; on examine les urines et on y décèle du sucre. Elle a beaucoup maigri depuis ; elle vit encore, mais, malgré les conseils de son médecin et de sa famille, elle ne suit pas de traitement rigoureux ; elle a actuellement 62 grammes de sucre par litre et de l'albumine dans les urines. Son appétit est ordinaire, et elle se plaint quelquefois de névralgies faciales. La ménopause est survenue en même temps qu'ont apparu les premiers symptômes de diabète avéré.

OBSERVATIONS DE G. FUNARO

(Citées par P. MARIE, in *Clinique médicale*, 1896).

Cet auteur, dans une brochure (*Il diabete in Tunisia*), donne un relevé de 127 cas de diabète sucré observés en Tunisie, soit par lui, soit par ses confrères. Sur ces 127 cas figurent 10 cas de diabète conjugal.

Parmi ces faits, il en est deux qui méritent d'être particulièrement signalés : dans l'un, *on voit un homme, fils de diabétique, diabétique lui-même, perdre sa première femme du diabète, il se remarie, la seconde devient pareillement diabétique.*

Dans l'autre, il s'agit de la sœur de cet homme qui était elle aussi diabétique, et avait d'un premier lit un fils atteint du diabète ; cette femme s'étant remariée, son second mari devint également diabétique (1).

OBSERVATIONS DE R. LEDIEU

OBSERVATION I. — Homme de 45 ans, entre à l'Hôtel-Dieu d'Amiens, dans le service du Dr MOLLIER, le 14 mars

(1) Nous remarquons les analogies qu'offrent ces relations avec le fait contenu dans l'observation II de SCHMITZ,

1894 pour une parésie des membres inférieurs. A l'interrogatoire on apprend que, depuis six ans, il est devenu impuissant, que ses dents sont tombées spontanément, qu'il a de la polyurie, de l'amaigrissement, de la polydypsie, que la vue a baissé peu à peu.

Pas d'antécédents héréditaires, il y a eu un léger accès de goutte, et une attaque d'hémiplégie passagère ayant duré quelques jours.

A l'examen, on constate une parésie des membres inférieurs avec abolition des réflexes rotuliens, sans atrophie musculaire; le malade dit ressentir dans les jambes une sorte de fourmillement douloureux continu; c'est, dit-il, « Comme si ses jambes étaient au contact d'une machine à coudre ». Il existe cependant une anesthésie à la piqure, complète pour les deux membres inférieurs, ainsi que de la dissociation de la sensibilité au froid et au chaud.

A l'analyse de l'urine, on trouve 45 grammes de sucre.

Quelque temps après, la femme du malade vient consulter pour une parésie de même nature, mais beaucoup plus prononcée. Les réflexes sont abolis et elle présente un peu de steppage. Ayant appris que son mari avait une quantité notable de sucre dans ses urines, elle crut avoir la même maladie que lui, et eut alors la singulière idée de goûter les siennes qu'elle trouva sucrées.

A l'analyse, on décèle 25 grammes de sucre. Elle n'avait pas d'antécédents personnels.

OBSERVATION II. — Homme de 55 ans, entre à l'Hôtel-Dieu d'Amiens en juillet 1894, dans le service du Dr MOLLIN, pour une attaque d'hémiplégie ayant débuté il y a deux jours.

Pas d'autre phénomène bien marqué, sauf un peu de polyurie, et un amaigrissement assez notable,

On examine l'urine et l'on trouve 30 grammes de sucre. Supposant qu'il pouvait avoir la syphilis, on lui applique le traitement intensif pendant 8 jours : ce qui ne donne d'ailleurs aucun résultat.

Instruit par le cas observé quelque temps auparavant, on fait venir la femme du malade qui dit se porter très bien. C'est en effet une femme de 45 ans, qui a toutes les apparences d'une bonne santé.

On examine ses urines et on trouve 15 grammes de sucre; des deux côtés il n'y avait aucun antécédent héréditaire digne d'être noté, sauf un oncle du côté du mari, ayant eu des accès de goutte.

OBSERVATIONS DU D^r A. MARTINET

OBSERVATION I. — Le cas suivant de *diabète familial* me paraît digne d'être rapporté, non qu'il soit très exceptionnel, mais au contraire parce qu'il est assez fréquent pour que tout praticien ait certainement l'occasion d'en observer de similaires et qu'il est bon qu'il en soit prévenu.

*
* *

Un homme de quarante-huit ans, sans antécédents pathologiques notables, a, en février 1900, une grippe assez violente, à ce qu'il dit; à la suite de cette grippe il maigrit, s'asthénie, tousse et s'inquiète; il est soigné pour une bronchite supposée tuberculeuse, et continue à maigrir, tousser, s'affaiblir, ce qui semble confirmer le diagnostic porté. Nous voyons le malade en juin, il attire lui-même, dès la première consultation, notre attention sur ce fait que son père est mort diabétique et qu'il lui semble avoir un certain nombre de symptômes qu'il se rappelle avoir constatés chez son père (soif ardente, amaigrissement, fatigue

excessive, etc.). L'examen extemporané de l'urine décèle, en effet, la présence dans l'urine d'environ 50 grammes de sucre par litre. Le seul régime et un peu de quinquina remettent notre malade sur pied en quelques semaines.

Jusqu'ici rien que de très banal, qui conduit à cet aphorisme pratique non moins banal : *Examine l'urine de tous les malades en général, et en particulier de tout adulte qui maigrit et s'affaiblit, qu'il tousse ou non.*

*
**

Cet homme m'appelle quelques mois plus tard auprès de sa femme, âgée de quarante ans, forte, pléthorique, sanguine, ayant l'aspect le plus florissant, mais qui très nerveuse, très impressionnable, souffre d'une inexplicable terreur de la mort, se sent, dit-elle, gravement atteinte, est tourmentée par une toux nerveuse fatigante, se plaint, quoique l'appétit soit très bon, d'une lassitude extrême, inexplicable. Une rapide inspection décèle une exophtalmie marquée, une hypertrophie appréciable du corps thyroïde et un tremblement manifeste des membres supérieurs, bref la triade symptomatique du goitre exophtalmique. L'examen de l'abdomen montre l'existence d'un fibrome utérin gros comme les deux poings. L'analyse de l'urine décèle une glycosurie abondante. Le régime classique amène un amendement rapide des symptômes diabétiques : les phobies, l'asthénie, la toux disparaissent ; les symptômes exophtalmiques s'atténuent légèrement.

C'est un cas typique de *diabète conjugal* — et le fait n'est pas autrement rare — puisque, en 1903, en une année de pratique médicale courante, nullement spécialisée, nous en avons constaté quatre cas.

D'où deuxième aphorisme : *Si tu constates de la glycosurie chez un de tes clients, recherche-la chez son conjoint.*

* *

Au début de l'année courante, nous sommes appelé auprès de la mère de notre diabétique homme, âgée de soixante-dix ans, qui vit avec ses enfants, et qui, s'étant piquée avec une aiguille en cousant des pièces de tapisserie, a vu se développer rapidement un phlegmon du médius et du dos de la main droite. Nous voyons la malade quarante-huit heures après la piqure, l'avant bras tout entier est le siège d'un œdème mou considérable, le dos de la main est rouge, douloureux et gonflé, le médius de même, avec deux pustules pleines d'un liquide séro-sanguin; une double incision large est faite, des bains locaux et des pansements antiseptiques prescrits. Et comme l'aspect du phlegmon et la rapidité de cette évolution infectieuse nous font soupçonner une cause dyscrasique, l'analyse de l'urine est faite séance tenante, et la glycosurie est une fois de plus constatée.

La malade est purgée, soumise au régime lacté; les bains les pansements sont appliqués avec rigueur; les suites sont parfaites.

* *

Tel est, brièvement, ce cas remarquable de diabète familial — où la glycosurie fut constatée chez la mère, la bru et son mari. Il prêterait sans doute à maintes considérations étiologiques; nous nous bornerons aujourd'hui à énoncer ce dernier aphorisme : *Si tu constates la glycosurie chez une ou plusieurs personnes de la même famille, recherche-la chez les autres membres, surtout s'ils vivent en commun.*

* *

Les 2 conjoints âgés respectivement de 40 et de 43 ans

— sont mariés depuis plus de 20 ans — leur fils fait son service militaire. Ils ont eu leurs premiers phénomènes diabétiques — et probablement leur diabète — à un an d'intervalle environ. Jamais avant cette époque, ils n'avaient eu aucun accident, pouvant faire supposer le diabète.

Le fils n'est pas jusqu'ici diabétique.

OBSERVATION II (*inédite*). — M^{me} G... 51 ans.

Le 14 mai 1903. — Embarras gastro-intestinal : constipation, vomissements bilieux. Troubles du rythme cardiaque, pouls bigéminé. Refroidissement marqué des extrémités.

La malade qui, depuis très longtemps, des années, est tourmentée par une soif ardente, par du prurit vulvaire, par une faim excessive, qui depuis plusieurs mois maigrit, n'a jamais voulu consulter parce que *son mari est mort diabétique (coma)*, qu'elle ressent les mêmes symptômes que lui et qu'elle ne veut suivre aucun régime, ni s'astreindre à aucune privation.

L'urine, très abondante (3 litres 1/2), contient en effet 40 grammes environ de sucre par litre.

Un lavement purgatif est administré ; une potion tonique à la caféine est prescrite.

Les 15, 16, 17 mai sont relativement satisfaisants. Le 17 en particulier, elle passe la journée avec ses enfants, très gaie, sans aucun trouble digestif ou général apparent.

Le 18 mai, à 8 heures du matin, on la trouve dans le coma le plus profond. La paralysie des membres est complète, sans contractures, ni déviations. Les battements du cœur sont extrêmement lents : 30 à la minute environ. Les membres sont froids. La malade s'éteint sans agonie, vers 10 heures.

L'un et l'autre conjoints étaient de gros mangeurs, voire

des gourmands, friands de sucre, sucreries, pâtisseries — diabète gras, constitutionnel, vraisemblablement provoqué par l'usage immodéré des amylacés.

OBSERVATION III (*inédite*). — Dame L .., 50 ans.

Diabète très ancien, datant de plus de 10 ans. Anthrax phlegmoneux du dos, très étendu, avec placards sphacéliques. Urines densité 1042; 60 grammes environ de sucre par jour.

Traitement. — Incision large. Pulvérisations et pansements antiseptiques au formol et au sulfate de cuivre. Régime et levure de bière à l'intérieur. Guérison de l'anthrax en une quinzaine de jours.

Le mari, diabétique aussi depuis plus de 10 ans, a environ 120 grammes de sucre par jour.

Le diabète, dans l'un et l'autre cas, semble postérieur au mariage.

(Même observation pathogénique que pour l'observation II.)

La fille, âgée de 22 ans, n'est pas diabétique jusqu'ici, mais elle est obèse.

OBSERVATION IV (*inédite*). — Rien de particulier. Sinon que le mari et la femme, âgés de 40 et 45 ans, sont diabétiques, semble-t-il, depuis 3 ou 4 ans.

OBSERVATION V (*inédite*). — M. N..., 56 ans.

Diabétique, 12 grammes environ de sucre au litre, peu de signes diabétiques (soif et faim très moyennes, pas de poussées furonculeuses, pas d'asthénie marquée). Le malade, très sobre, très pondéré, très méthodique, s'abstient dans une large mesure des amylacés et des sucres, et a une vie très active, sans trop de surmenage.

Son père est mort à 79 ans, il était de même diabétique.

Sa mère, qui vit encore, a 80 ans et est diabétique.

Sa fille, âgée de 20 ans, n'est pas jusqu'ici diabétique.

OBSERVATION DE L. DUFOURT (*de Fécamp*).

... Il nous a été donné de rencontrer de ces cas dans notre clientèle.

— Il s'agit d'un ménage, jeune encore, dont l'union remonte à 10 ans, tout chargé de tares héréditaires et collatérales, de l'un et de l'autre côté des conjoints. Ne fut-ce qu'à ce titre, l'observation mériterait d'être rapportée.

Le *mari* est âgé de 36 ans et atteint de diabète maigre depuis 3 ans. A la suite de lavements de foie de porc frais, il a éprouvé une amélioration notable et une force et une activité plus grandes. L'effet de cette médication a été incontestablement heureux, mais pas complet. Le taux initial du glucose était de 72 grammes par litre, avec 3 à 4 litres d'urines par jour ; actuellement, il se maintient à 30 gr., avec 2 litres 1/2.

Deux ans après le début de ces accidents maritaux, on constate également la présence du sucre dans les urines de la femme.

L'analyse a été faite à la suite d'amaigrissement survenu chez elle depuis environ un an et, aussi, à cause d'accidents albuminuriques qui s'étaient manifestés, avec la dernière gravité, chez deux de ses sœurs.

Voici la curieuse généalogie de ces deux malades.

1^o FAMILLE DU MARI.

Ascendants :

Père : mort de pneumonie.

Mère : morte d'hémorragie cérébrale.

Un oncle maternel mort médullaire.

Collatéraux :

1^{er} frère : herpéto-arthritique, sous puissance (eczéma, psoriasis lingual et buccal, hémorroïdes).

2^o frère : herpéto-neuro-arthritique. sous puissance (eczéma, candidat cérébral, persécution, érothomanie).

3^e frère : neuro-arthritique (période d'entr'acte, candidat au nervosisme actif.

4^e Sœur : morte de fièvre typhoïde, vers 24 ans.

5^e frère : herpéto-arthritique (manifestations fréquentes, rhumatisme, eczéma, herpès, accidents digestifs, gravelle urique).

6^e frère : arthritique latent.

7^o le malade : 36 ans : diabétique maigre, a fait une fièvre typhoïde à 20 ans.

2^o FAMILLE DE LA FEMME

Ascendants :

Père : mort avec ramollissement cérébral.

Mère : morte avec éclampsie albuminurique et anasarque, à 60 ans.

Collatéraux :

1^{re} sœur : morte à 39 ans, d'hémorragie cérébrale, après avoir présenté, pendant 3 ans, quelques centigr. d'albumine dans ses urines ; n'a jamais été alitée. n'a jamais présenté de phénomènes sérieux de ce chef ; a été sidérée au sortir de table. Vie régulière, très sobre ; mariée ; pas d'enfants.

Foie très gros, descendant à la ligne ombilicale transversale, jamais d'autres manifestations de ce côté.

2^e sœur : morte d'éclampsie à 34 ans, albuminurique deux mois seulement (10 à 15 gr.) ; foie également très développé, pas de symptômes de ce côté.

Toujours bien portante avant cette maladie ultime. Mariée ; pas d'enfants.

3^e Sœur : vivante : neuro-arthritique. Mariée ; un enfant.

4^e frère : herpétique, obèse. Pas marié.

5^e la malade, 33 ans : quelques centigr. d'albumine ; glycose 15 gr., obèse, a beaucoup maigri. Foie exagéré comme volume. Mariée ; pas d'enfants.

Il y a, dans cette famille, une étrange coïncidence d'accidents albuminuriques. De plus, un fait est à signaler, c'est le développement considérable du volume du foie chez trois des membres de cette lignée ; sans que jamais d'autre manifestation hépatique ne se soit produite au point de vue pathologique.

L'hygiène alimentaire de cette famille n'a rien qui puisse expliquer ce phénomène, en quelque sorte familial.

Si nous revenons au ménage qui nous occupe, nous trouvons le mari menant une vie très active : il dirige une exploitation agricole, se lève de bonne heure, marche beaucoup, a grand appétit et grand soif.

La femme, au contraire, mène une vie des plus sédentaires, pas de polyphagie, légère polydipsie.

La vie du ménage est large, sans soucis, ni préoccupations, l'alimentation était autrefois plutôt copieuse.

Il résulte de ce tableau que la théorie de la communauté de l'alimentation peut avoir joué un certain rôle dans l'étiologie de ce diabète conjugal, mais nous remarquons que le mari brûlait largement ce qu'il ingérait : la femme seule était sédentaire.

On ne saurait donc s'en tenir à cette seule explication, pas plus d'ailleurs qu'à celle qui repose sur l'identité du genre de vie.

Reste la communauté de diathèse : celle-là nous semble des plus évidentes et nous ne croyons pas avoir à en chercher d'autre.

Quant à la contagion, elle ne saurait avoir rencontré de meilleures conditions pour se développer que dans le cas de la femme qui nous occupe. Le terrain était des plus favorables à cette évolution. Est-elle possible? l'avenir nous renseignera peut-être : en tout cas, cette théorie est défendue par les savants les plus dignes de foi.

Dans la majorité des observations publiées antérieurement, il s'agit du diabète gras ; dans la nôtre, pour le mari, c'est le contraire. Mais, comme partout, c'est lui qui semble avoir été le premier atteint ; ce fait serait favorable à l'idée de la contagiosité.

OBSERVATION DU D^r MAIRE-AMÉRO (*Inédite*)

M. T... 53 ans, marchand de bestiaux, est venu pour la première fois en 1893. Il était à ce moment atteint de cystite purulente et de rétrécissement de l'urètre.

Blennorragie ancienne.

L'analyse des urines indique du pus en grande quantité et de l'albumine ; pas de sucre.

Le malade, ayant fait lui-même le cathétérisme, s'infecte et rentre à la maison Dubois, où il est soigné pendant deux mois environ.

Il en sort en octobre 1893, n'ayant plus de pus dans les urines, mais encore de l'albumine, pas de sucre.

D'octobre 1893 à avril 1894, le malade reste au régime lacté absolu et continue le traitement indiqué (lavages de vessie et cathétérisme : sonde n° 18).

En avril 1894 : disparition de l'albumine. Le malade se met au régime mixte, mais l'albumine reparait en septembre, brusquement, à la suite d'un refroidissement pendant une chasse, il se remet au lit : ventouses scarifiées,

ventouses sèches, régime lacté complet, lactose, tisanes diurétiques, à ce moment l'analyse décèle :

17 sept. 1894	{	Urine de 24 heures..	1250	cm ³	}	néant
		Albumine.....	0 gr. 70	par litre		
		Sucre.....				
		Pus.....				
		Phosphates.....		résultat inconnu		
		Cellules épithéliales abondantes.				

L'albumine augmente pendant les jours suivants pour retomber ensuite et rester pendant plusieurs mois, oscillant entre 0,10, 0,20 et 0,25 centigr.

En mai 1895, le malade se remet au régime ordinaire. A l'apparition des froids, auxquels il est très sensible; nouvelle analyse qui ne donne pas de résultat.

En décembre, rhume léger.

En 1896 et 1897, années de santé très bonne.

En février 1898, à la suite d'un rhume (probablement œdème pulmonaire), le malade fait faire l'analyse des urines :

27 février 1898	{	Urine.....	quantité inconnue.	}	
		Densité.....	1018		
		Albumine.....	0,20 centigr.		
		Sucre.....	néant		
		Cellules épithéliales abondantes.			

Le malade reste au régime lacté et, comme il est repris de rétrécissement, il recommence le cathétérisme; tout se passe bien et le malade arrive facilement à introduire un 16, qu'il continue à maintenir pendant tout le temps. En 1899, 1900 et 1901, son état de santé est bon; le malade, par prudence, fait faire son analyse d'urine :

Toujours pas d'albumine.

Toujours pas de sucre.

En 1901, je perds momentanément le malade de vue. Il est en procès de divorce avec sa femme. il la quitte en juin, pour aller cohabiter avec une maitresse habitant les environs; le procès suit son cours et le divorce est prononcé. Je vois au cours du procès sa femme, très nerveuse, qui vient avec une fiole d'urines chargées de phosphates, mais ni albumineuses, ni sucrées. Sa femme est du reste d'une santé parfaite et jamais, au cours de mes différentes visites pour le mari, je n'ai eu à lui prodiguer mes soins. Deux ou trois fois l'analyse de ses urines a été faite (au moment de la suppuration du mari) et l'urine n'a jamais présenté ni sucre, ni albumine. En septembre 1903, le malade revient apportant une analyse qui me surprend tout d'abord :

Septembre 1903.	{	Urine.....	3 litres
		Densité.....	1008
		Sucre.....	6 gr.
		Albumine.....	} Néant.
		Pus.....	

Le malade se plaint d'une soif très vive, sa langue est sèche et de plus son visage est amaigri (pas de signes extérieurs).

On note une *gingivite spéciale* : exsudat au bord de chaque dent, exsudat d'aspect sec, presque croûteux. Lui-même me pose la question suivante : « Est-ce que le diabète se communique ? » Et comme je parais devoir lui demander des explications, il me fournit les suivantes :

Après avoir quitté sa femme en 1901, il est allé à plusieurs reprises, et pendant plusieurs jours de suite, habiter avec une femme qu'il a, depuis, prise chez lui, qui est atteinte de diabète (42 gr. par jour) et qui a, dit-il, *les mêmes gencives que lui-même.*

L'analyse exacte de ses urines, faite après quelques jours de traitement, n'amène pas de changement.

Seule, sous l'influence du traitement : antipyrine , 3 gr. par jour, la soif a disparu.

(Le malade doit revenir sous peu et amener sa nouvelle femme, que je ne connais pas.)

OBSERVATIONS DU D^r DELÉAGE (*inédites*).

Sur 449 diabétiques mariés, le D^r DELÉAGE (de Vichy) a observé les 17 cas de diabète conjugaux que nous rapportons ci-dessous :

OBSERVATION I. — M. C..., mort de diabète en 1892.

M^{me} C... a eu des coliques néphrétiques. A la suite de chagrins éprouvés en conséquence de la mort de son mari et de celle de son fils, apparaissent les symptômes classiques du diabète ; ébauche de coma diabétique.

OBSERVATION II. — M^{me} Ch... a fait grand abus de sucreries, etc.

En 1890, crise de polydypsie pendant quelques jours (on n'a pas analysé les urines à cette époque). Surmenage pendant la maladie de son mari et réapparition de la polydypsie ; on trouve 45 gr. de sucre par litre. La glycosurie n'a jamais disparu malgré traitements et régimes.

M. Ch... abus de sucreries. En 1892, début du diabète ; il meurt de consomption (sans toux, ni œdème) en 1896.

OBSERVATION III. — M. l'abbé X..., diabétique, habite la France, a 3 frères ayant émigré au Mexique vers l'âge de 18 ans. Deux sont devenus diabétiques à l'âge de 45 ans environ ; l'un a épousé sa *cousine germaine* qui devint diabétique elle aussi. Je crois que c'est le mari qui est devenu diabétique le premier.

OBSERVATION IV. — M. A... Début du diabète à 50 ans, à la suite d'une congestion pulmonaire.

M^{me} A..., dyspeptique avec symptômes d'hyperchlorhydrie. En 1904, polydypsie: on trouve alors 35 gr. de sucre par litre d'urine.

M^{me} B..., début du diabète en 1888, vit encore.

OBSERVATION V. — M. B..., début du diabète en 1892; mort de phthisie diabétique en 1897.

M^{me} H..., début en 1894, par polyphagie, polydypsie, vertiges.

OBSERVATION VI. — M. H..., graveleux, début un an après sa femme; 75 gr. de sucre par litre.

OBSERVATION VII. — M. et M^{me} A... sont tous deux diabétiques. J'ignore chez qui le diabète a débuté en premier lieu. M. A... a un frère diabétique; chez lui le diabète a débuté en 1893.

OBSERVATION VIII. — M. et M^{me} H...

Début du diabète simultané chez les deux conjoints. La femme ayant présenté les symptômes du diabète, confirmé par le résultat de l'analyse des urines, le mari fait également analyser les siennes et on y trouve 80 gr. de sucre par litre.

OBSERVATION IX. — M^{me} C. L..., portugaise.

Mariée à son oncle déjà diabétique avant le mariage. En 1890, mort de son mari et de son fils, grand chagrin et quelque temps après polydypsie, etc.; on trouve 80 gr. de sucre par litre.

OBSERVATION X. — M^{me} V..., fille d'hépatique et de gouteux. Son mari est devenu diabétique à 60 ans, et meurt à 78 ans, en 1892. En 1899, coliques hépatiques; fait une cure à Vichy où l'on analyse ses urines (elle n'avait au-

cun symptôme du diabète). On trouve 24 gr. de sucre par litre. Le diabète a été d'abord intermittent, puis permanent.

OBSERVATION XI. — M^{me} V... a eu des coliques hépatiques et des coliques néphrétiques. En 1890, perte de sa fille unique; un an après, symptômes classiques du diabète. On n'analyse les urines qu'en 1893; on y trouve alors 90 gr. de sucre par litre.

M. V..., son mari. Bien portant jusqu'en 1890, date de la mort de sa fille. A cette époque, embarras gastriques fréquents. En 1893, faiblesse générale; il s'aperçoit que son urine empèse ses vêtements et les tache. Il en fait faire l'analyse en même temps que sa femme : on y trouve 44 gr. de sucre par litre.

OBSERVATION XII. — M^{me} Lipp..., diabétique, obèse, à gros foie douloureux. Début en janvier 1902.

M. Lipp... Glycosurie intermittente en 1901, qui disparaît en 15 jours de régime. La glycosurie reparait en 1903, avec des traces infinitésimales de sucre qui disparaissent à nouveau au bout de 4 ou 5 jours. Il était gouteux et obèse.

OBSERVATION XIII. — M^{me} B... Début du diabète en juin 1901.

M. B..., obèse, arthritique, congestif. En 1903, on analyse ses urines à Vichy sans qu'il y ait cependant de symptômes de diabète et on trouve 10 gr. de sucre par litre. Après 12 jours de cure à Vichy, le sucre avait disparu.

OBSERVATION XIV. — M^{me} G..., début du diabète en 1886, meurt en février 1896 (démence). Elle avait 200 gr. de sucre par jour depuis 10 ans.

M. G... après la mort de sa femme, a une série de furoncles. On examine les urines : il y avait beaucoup de

sucré. A la suite de traitement et régime, le sucre disparaît et n'a plus reparu. Il a un foie congestif avec poussées de subictère.

OBSERVATION XV. — M. F..., diabétique depuis 1881.

M^{me} F... Coliques néphrétiques, hépatiques, déformations d'Heberden. En 1897, l'analyse décèle 6 gr. 54 de sucre par litre d'urine; le sucre a disparu rapidement et n'a plus reparu.

OBSERVATION XVI. — M. P..., mort de coma diabétique à 56 ans, en 1878.

M^{me} P..., devenue diabétique en 1891 (début par troubles de la vue) : 3 gr. de sucre par litre d'urine. En 1894, il avait disparu et en 1897 on n'en trouve pas trace davantage. A un fils diabétique.

OBSERVATION XVII. — M^{me} M..., morte de phtisie diabétique en 1897 ; on avait découvert la maladie 8 mois avant le décès.

M. M..., apparition des premiers symptômes 12 mois après. Au moment de la mort de sa femme, on n'avait pas trouvé de sucre dans ses urines.

OBSERVATIONS DU D^r DUFOUR (*inédites*)

Le docteur DUFOUR (de Vichy) a relevé dans ses notes de quelques années les 9 observations de diabète conjugal que nous rapportons brièvement ci-dessous :

OBSERVATION I. — M. L..., 67 ans, diabétique, nous le voyons en 1890 et il nous apprend que le sucre a été constaté en 1885. Urine : 2000 cent. c., sucre 32 grammes par litre.

M^{me} L..., 55 ans, femme du précédent, sans antécédents familiaux.

Vue en 1892, alors que le sucre n'est trouvé que depuis 3 mois.

Tuberculose et mort 4 mois après la découverte de la glycosurie.

Par 24 heures : 153 gr. de sucre et 90 gr. d'urée.

OBSERVATION II. — M. Mic..., frère graveleux, sœur ayant eu des coliques hépatiques. Il est âgé de 60 ans et quand nous le voyons, le 21 juin 1898, il nous dit avoir du sucre depuis 10 ans. C'est un gouteux, obèse, à gros foie. Sucre : 45 gr. Urine : 4000 cm.³. Après une saison à Vichy, sucre néant.

M^{me} Mic..., 58 ans; vue en 1898. Rhumatisme familial;

Maladie de Basedow améliorée, goutteuse; elle a une glycosurie légère depuis quelques mois.

OBSERVATION III. — M^{me} N..., 50 ans; Rhumatisme gouteux. Le sucre est trouvé en 1892, glycosurie légère.

Son mari, diabétique et albuminurique, est mort en 1893.

OBSERVATION IV. — M^{me} D..., 1898. Coliques hépatiques et néphrétiques, un frère a eu des coliques hépatiques; sa fille également. Son père est mort d'un cancer de l'estomac.

Son mari est diabétique; cataracte; 14 gr. de sucre, et traces seulement après saison à Vichy.

OBSERVATION V. — M^{me} F... Vue en 1897, 15 gr. de sucre. Son père est mort de cancer de l'estomac, elle a un fils et une fille tuberculeux.

Le foie est gros; après une cure à Vichy, sucre : néant.

Son mari est diabétique et tuberculeux.

OBSERVATION VI. — M^{me} K..., 49 ans, rhumatisante, vue en 1898. A du sucre depuis 2 ans.

Son premier mari, tuberculeux, mort à 42 ans, il y a 18 ans, était diabétique depuis 20 ans.

OBSERVATION VII. — M^{me} I..., 65 ans, vue en 1898. Rhumatisme, hypertrophie du foie, dilatation gastrique. A 40 gr. de sucre, la glycosurie a été constatée il y a 4 ans. Après une cure à Vichy, sucre: 4 gr.

Son mari, mort il y a 9 ans, était diabétique avec gros foie.

OBSERVATION VIII. — M^{me} O..., 63 ans, vue en 1893. On trouva du sucre qui fut recherché à cause d'une *stomatite rebelle*. Urine: 3 litres.

Sucre: 41 gr. pour 1000.

Son mari est mort d'anthrax diabétique.

OBSERVATION IX. — M. X..., 50 ans, vu en 1904. Sa famille est goutteuse, lui est obèse, surmené: diabétique depuis 5 ans; foie gros.

A l'arrivée à Vichy, sucre: 50 à 60 gr., au départ: 0 à 5 gr.

M^{me} X..., 41 ans, vue en 1904. Sa mère est goutteuse et glycosurique, son père est diabétique. Elle-même est rhumatisante (nodosités rhumatismales sous-cutanées) et a eu des coliques hépatiques, et néphrétiques. Pas d'enfants. Migraines anciennes et rebelles. Arrive à Vichy avec 40 gr. de sucre et en part avec 30 gr.

OBSERVATION DU D^r DE LALAUBIE (inédite).

Le D^r DE LALAUBIE (de Vichy) nous a communiqué verbalement (juin 1904) l'intéressante observation suivante nous avons déjà eu l'occasion de dire dans un chapitre précédent combien était formelle sa conviction touchant à la contagion du diabète. -

« Il s'agit d'une famille dont le père était diabétique et

dont la mère ne tarda pas à le devenir (le père est mort il y a 20 ans, et la mère, il y a 15 ans). Puis, quelque temps après, c'est la fille qui devient diabétique à son tour; elle se marie avec un homme d'aspect florissant, sans tare arthritique héréditaire ou acquise, sans lien de parenté avec elle, et chez qui, au bout de quelques années (3 ans environ) on découvre du sucre. »

OBSERVATION PERSONNELLE

Nous avons eu l'occasion d'observer, en 1903, un jeune ménage de diabétiques.

— Le mari, âgé de 34 ans, employé à la Compagnie des wagons-lits, ne fait à Paris que des séjours intermittents et assez courts. Il est devenu diabétique il y a 3 ans, un peu après l'époque de son mariage.

Il a contracté au régiment une syphilis à allures bénignes; on ne relève dans ses antécédents aucune tare arthritique héréditaire ou acquise. Il fait un léger abus de boissons alcooliques.

— La femme, âgée de 28 ans, a été reconnue diabétique 4 ans après son mariage et 3 ans après son mari. Elle a fait une fausse couche.

Le ménage n'a pas d'enfants; aucun souci n'est venu assombrir leur existence depuis qu'ils sont unis.

Le docteur V. AUD'HOUÏ (1) nous signale brièvement les trois cas suivants :

1° 1897, un cas. La femme est atteinte d'eczéma.

2° En 1899, un cas. Rien de noté.

3° En 1901, un cas. La femme est diabétique par hérédité paternelle.

(1) Lettre personnelle en date du 22 juin 1904.

CONCLUSIONS

1° La contagion de *certaines formes* de diabète est indéniable; elle est prouvée par les faits de diabètes conjugaux ou domestiques, ainsi que par la possibilité de produire expérimentalement le diabète par introduction de microbes dans l'organisme.

2° L'agent du contagé semble avoir sa voie d'accès et son premier habitat dans la bouche où il produit une *gingivite* spéciale; la salive est vraisemblablement le véhicule qui sert à sa propagation.

3° Introduit dans l'organisme, il porte son action sur *les vaisseaux* (comme le microbe inconnu de la syphilis) où il produit, en premier lieu, des troubles fonctionnels, et à la longue des lésions chroniques. De telle sorte que l'on se trouve en présence de cette filière : lésions artérielles initiales d'où résultent la sclérose et la dégénérescence graisseuse du foie ou du pancréas et, quand les éléments nobles de ces glandes sont en partie modifiés ou détruits, on aboutit au *syndrome* diabète.

4° Le facteur de la contagion serait, pour le Dr GUYOT, le *diplocoque* de LEYDEN-TRIBOULET-COYON,

encore appelé entérocoque par THIERCELIN ; le fait n'est peut-être pas suffisamment démontré.

5° Le « *diabète transmis* » a une physionomie clinique spéciale ; ses caractères particuliers sont les suivants : il paraît moins tenace, plus facilement modifiable et surtout *plus curable* ; symptomatiquement, il se distingue souvent des autres formes par l'absence de soif et de polyurie ; la glycosurie disparaît parfois d'elle-même lorsqu'on soustrait le malade à la contagion.

6° Les *mesures prophylactiques* à prescrire viseront surtout les points suivants : invitation à ne pas cracher par terre dans les lieux publics, désinfection des objets de lingerie souillés par la salive, traitement énergique et précoce des gingivites chez les personnes vivant avec des diabétiques.

7° Le *traitement* de ces formes de diabète sera surtout basé sur l'emploi des *antiseptiques* à l'intérieur. Parmi ces derniers, les composés ou dérivés de l'*arsenic* semblent avoir donné les résultats les plus satisfaisants.

La soustraction au contact diabétique des personnes récemment contaminées pourra avoir d'heureux effets.

Vu : Le Doyen,
DEBOVE.

Vu : Le Président de thèse,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

I. — Bibliographie française

1. APÉRY (J.-P.). — De l'illégitimité de la contagiosité des diabètes et de leur transmission par les microbes (*Revue méd. pharm.* 1902, XV, 113 et 115).
2. BOISUMEAU (L.). — Etude critique sur le diabète dit conjugal (Thèse Paris, 1896-97, n° 582).
3. BOISUMEAU (L.). — Le diabète conjugal (*Gazette hebdomadaire de médecine*, 1897, n. s. II, 939-941).
4. BOUCHARD. — Maladies par ralentissement de la nutrition.
5. BOUCHARD. — La théorie pathogénique du diabète (*Sem. méd.*, 1898, XVIII, 201-203).
6. BOUCHARDAT. — De la glycosurie ou diabète sucré, Paris, 1875, p. 174.
7. CHARCOT, BOUCHARD, BRISSAUD. — Traité de médecine (*Article de* LEGENDRE, p. 378).
8. CHARRIN. — Diabète pancréatique expérimental d'origine infectieuse (*Compte-rendu du Congrès français de méd. Int. de Lyon*, 1894, p. 101).
9. CHARRIN. — Pathogénie du diabète (*Bulletin méd.*, 13 mai 1896).
10. CHARRIN et CARNOT. — Glycosurie, diabète et microbes (*Soc. de biol.* Paris, 26 mai 1894).
11. CHARRIN et GLEY. — Diabète expérimental.
12. CHAUVEAU et KAUFMANN. — Pathogénie du diabète.
13. CORNILLON. — Quelques remarques sur le diabète conjugal (*Progrès méd.*, 1898, XIII, 119).
14. DEBOVE. — De la coexistence du diabète chez le mari et

- la femme (*Bulletin de la Soc. méd. des hôp.*, 1889, p. 375, et *Sem. méd.*, 1889, p. 259).
15. DEBOVE. — Le diabète aglycémique (*Presse méd.*, 12 déc. 1903).
 16. DIABÈTE CONJUGAL (*Journal de méd. de Paris*, 1896, II, 847 et 1077).
 17. DUFOURT (L.). — Contribution à l'étude du diabète conjugal (*Normandie méd.*, 1898, XIII, 69-72),
 18. DUTIGNY (P.-J.-L.). — Contribution à l'étude du diabète d'origine palustre, Bordeaux, 1892.
 19. GUISTINIANI (A.). — Contribution à l'étude de la glycosurie chez les paludéens, Montpellier, 1882.
 20. GUYOT (Th.). — L'arthritisme, maladie générale, microbienne et transmissible. Paris, 1904.
 21. JARDET et NIVIÈRE. — Glycosurie consécutive à l'injection d'un suc gastrique dans la veine porte (*Comptendu. Soc. de biol.* Paris, 1898, 10, S.V., 233 et 277).
 22. JARDET et NIVIÈRE. — Des altérations des glandes digestives à sucs alcalins et de leur importance dans le diabète sucré (*Rev. de méd.*, n° 12, 10 déc. 1898, p. 979).
 23. KAUFMANN et CHARRIN. — Hypoglycémie expérimentale d'origine infectieuse (*Arch. de physiologie norm. et path.*, 1893, 5 s. v. 641-646).
 24. KLIPPEL. — Origine infectieuse du diabète hydrurique (*Rev. neurol.* 1900, n. s., VIII, 253-255).
 25. LAUNOIS (P.-E.). — Statistique de la consultation de médecine de l'hôpital Beaujon en 1896.
 26. LANCEREAUX. — Rapport sur le diabète (*Sem. méd.*, 1894, p. 478).
 27. LÉCORCHÉ. — Du diabète sucré chez la femme, 1886, p. 420.

28. LEDIEU (R.). — La contagion du diabète Thèse Paris, 1898, n° 582).
29. LÉPINE. — Bases physiologiques de l'étude pathogénique du diabète sucré (*Rev. de méd.*, 1900, XX, 595-607).
30. MARIE (P.). — Etude clinique de quelques cas de diabète sucré (arthritique, conjugal, pancréatique, nerveux). (*Sem. méd.*, 16 décembre 1895, pp. 529 et suiv.).
31. MARTINET (A.). — Diabète familial (*Presse méd.*, n° 12, 10 février 1904).
32. MATHIEU. — Diabète expérimental et diabète humain (*Ann. Soc. méd. chir. de Liège*, 1898, XXVII, 370).
33. RÉMOND (A.). — Le diabète est-il une maladie transmissible (*Gazette des hôp.*, 1890, n° 70, p. 644).
34. SÉE et GLEY. — Sur la production expérimentale du diabète (*Compte-rendu. Soc. de biol.* Paris, 1888, 8 s. V, 129-131).
35. SOUQUES. — Article diabète in Manuel de médecine de DEBOVE et ACHARD, t. VII.
36. TALAMON (C.). — Le diabète domestique (*Méd. Moderne*, 1898, p. 170).
37. TEISSIER (de Lyon). — La contagion du diabète (*Compte-rendu du Congrès franç. de méd., Int. de Lyon*, 1894, p. 90, et *Sem. méd.*, 1894, p. 480).
38. *Communications particulières des D^{rs} J. Teissier, Marie, Robin, Audhoui, Durand-Fardel, Glénard, Linossier, Lagrange, Deléage, Dufourt, etc.*

II. — Bibliographie étrangère.

1. ARTEAGA (J. F.). — La pathogenia de la diabetes saccharina (*Rev. de Méd. y Cirug. de la Habana*, 1902, VII, 233, 236, et *Méd. Brux.*, 1902).

2. BENSLEDER (H.). — Beiträge zur Frage nach dem Zusammenhang zwischen Arthritis und Diabetes mellitus (*Inaug. dissert.* Berlin, 1884).
3. BETZ (F.). — Erster Bericht über Diabetes mellitus in Württemberg (*Med. Correspondenzbl. des Würtemb. ärztl. Vereins*, 1873, n. 4, page 30).
4. EBSTEIN. — Ueber Drüsen epithelne Krosen eins Diabetes mellitus mit besonderer Berücksichtigung des diabetischen Coma (*Deutsches Archiv. f. klin. Med.*, XXVIII, S. 222, n. 231, an. 1881).
5. EBSTEIN. — Dei Zuckerahrnrühr, Wiesbaden, 1886, page 178.
6. EBSTEIN. — Die Toxintheorie des Diabètes mellitus (*Berl. u. Leipz.* 1900, XXVI, 170-171).
7. EVANS (H.). — Conjugal diabètes (*Méd. News N. Y.* 1896, LVIII, 73).
8. FRERICH (VON). — Ueber den Diabetes (Berlin, 1884, *Traduction de LUBANSKI*, Paris, 1885).
9. FUNARO (G.). — Il diabete in Tunisia (1895).
10. HERTZKA (E.). — Die Zuckerharnrühr Karlsbad in Nizza, 1885, page 45.
11. HOFFMANN (F. A.). — Lehrbuch der Constitutions-Krankheiten, Stuttgart, 1893, page 300.
12. JACOBSON (O.). — Malaria und Diabetes (*Kiel*, 1896).
13. KLEMPERER (G.). — Die Toxintheorie des Diabetes (*Deuts. med. Wochenschr.*, 1900, XXVI, 138-139).
14. OEFELS (D.). — Zur systematischen Einteilung der verschiedewen Diabetes Formen (*Deuts. med. Presse Berl.* 1904, VII, 17-18).
15. OPPHER (B.) et KULTZ (C.). — Ueber das vorkommen von Diabetes mellitus bei Ehegatten (Uebertragbarkeit des Diabetes mellitus) (*Berl. klin. Wochenschr.*,

- 7 juill. 1896, XXXVI, 583, et 1896, *Aerztl. Rundschau*, 1896, VI, 418-435).
16. ORLOWSKI (W. E.). — La pathogénie du diabète (Warsawa, 1900, XX, 570-581).
 17. PLEASANTS (J. H.). — Hereditique in Diabetes mellitus noth a neport of six cas occurring in a family (*Johns Hopkins. Hosp. Bull.* Balt. 1900).
 18. REIL. — Ueber die Erkenntniss und Cur der Fieber (t. III, p. 485, Halle, 1800).
 19. SCHMITZ (R.). — Kann der Diabetes mellitus ubertragen werden? (*Berl. klin. Wochenschr.*, 19 mai 1890, pp. 449-451).
 20. SCHMITZ (R.). — Meine Erfahrungen bei 600 Diabetikern. (*Deuts. med. Wochenschr.*, 1890, n° 30, et *Deuts. med. Wochs.* 1881, n° 48, S. 644, et *Sem. méd.*, Paris, 1890, p. 204).
 21. SEEGEN (J.). — Der Diabetes mellitus (*Leipz.*, 1870).
 22. SENATOR (H.). — Diabetes mellitus und insipidus (*Pathol. und Ther.*, 1876, XIII, 2, S. 122).
 23. SENATOR (H.). — Ueber das Vorkommen von Diabetes mellitus bei Ehelenten und die ueber tragbarkeit des Diabetes (*Berl. klin. Woch.*, 27 juill. 1896). XXXVIII.
 24. SHERIDAN (J.-P.). — Four cases of diabetes mellitus of bacterial apparent origin, and their succesful treatment (*New-York M. J.* 1900, LXXI, 236, 238 et *Med. Herald St Jos.* 1900, XIX, 138-141).
 25. UNSCHULD. — Ueber ein bisher nicht gewurdigtes Symptom der Diabetes mellitus (*Berl. klin. Woch.*, 1894, n° 24, S. 649).

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE.....	5
CHAPITRE PREMIER. — Introduction. — Evolution des conceptions du syndrome diabète.....	9
CHAPITRE II. — Différentes théories étiologiques du diabète arthritique en général et des diabètes con- jugaux ou domestiques en particulier.....	18
CHAPITRE III. — Définition. — Discussion des théories étiologiques.....	22
CHAPITRE IV. — Enoncé et appréciation des faits cli- niques.....	36
CHAPITRE V. — Faits expérimentaux et théories infec- tieuses du diabète.....	44
CHAPITRE VI. — La contagion du diabète. — Ses modes. — Ses voies d'invasion. — L'agent du contage.....	54
CHAPITRE VII. — Prophylaxie et traitement.....	64
CHAPITRE VIII. — Historique. — Bilan. — Statistiques.....	70
CHAPITRE IX. — Observations de diabète domestique..	93
Observations de J. Teissier.....	93
Observations de Talamon.....	96
Observation du D ^r Launois.....	99
Observations de G. Funaro.....	99
Observation de Schmitz.....	99
CHAPITRE X. — Observations de diabète conjugal....	100
Observations du Professeur Debove.....	100
Observation de Rendu.....	102
Observation de E. Labbé.....	102
Observation de Dreyfous.....	102
Observations du Professeur Gaucher.....	102
Observations du D ^r Letalle.....	103
Observation du D ^r Gouraud.....	103

Observations de Barthélemy.....	103
Observations de Féréol.....	104
Observations de Schmitz.....	104
Observations de Bruno Oppher et Kultz.....	109
Observations de Sénator.....	122
Observation du D ^r Pierre Marie.....	126
Observation de Fouquet (du Caire).....	129
Observation du D ^r Lagrange (de Vichy).....	129
Observation du Professeur Bouchard.....	130
Observation du D ^r Launois.....	132
Observation du D ^r Barthélemy.....	133
Observation du D ^r Boismureau.....	134
Observations de G. Funaro.....	136
Observations de R. Ledieu.....	136
Observations du D ^r A. Martinet.....	138
Observation de L. Dufourt (de Fécamp).....	143
Observation du D ^r Maire-Améro.....	146
Observations du D ^r Deléage.....	149
Observations du D ^r Dufour.....	152
Observation du D ^r De Lalaubie.....	154
Observation personnelle.....	155
CONCLUSIONS.....	156
BIBLIOGRAPHIE.....	158